

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

213

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges BOUSSANGE

Né à Besançon, le 8 décembre 1890

LE PÉRIL TOXIQUE EN FRANCE

ET LA LOI DU 12 JUILLET 1916

*Président : M. BALTHAZAR, professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1922

518

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

218

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Georges BOUSSANGE

Né à Besançon, le 8 décembre 1890

LE PÉRIL TOXIQUE EN FRANCE

ET LA LOI DU 12 JUILLET 1916

*Président : M. BALTHAZAR, professeur.*



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1922

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER  
ASSESEUR : G. POUCHET  
PROFESSEURS

|                                                                         | MM.                       |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Anatomie . . . . .                                                      | NICOLAS                   |
| Anatomie médico-chirurgicale . . . . .                                  | CUNEO                     |
| Physiologie . . . . .                                                   | CH. RICHET                |
| Physique médicale . . . . .                                             | ANDRÉ BROCA               |
| Chimie organique et Chimie générale . . . . .                           | DESGREZ                   |
| Bactériologie . . . . .                                                 | BEZANÇON                  |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale . . . . .                  | BRUMPT                    |
| Pathologie et Thérapeutique générales . . . . .                         | MARCEL LABBÉ              |
| Pathologie médicale . . . . .                                           | RENON                     |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       | LECENE                    |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | LETULLE                   |
| Histologie . . . . .                                                    | PRENANT                   |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                             | POUCHET                   |
| Thérapeutique . . . . .                                                 | CARNOT                    |
| Hygiène . . . . .                                                       | BERNARD                   |
| Médecine légale . . . . .                                               | BALTHAZARD                |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | MENETRIER                 |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                          | ROGER                     |
| Clinique médicale . . . . .                                             | ACHARD                    |
|                                                                         | WIDAL                     |
|                                                                         | GILBERT                   |
|                                                                         | CHAUFFARD                 |
|                                                                         | MARFAN                    |
|                                                                         | NOBECOURT                 |
| Hygiène et clinique de la 1 <sup>re</sup> enfance . . . . .             | DUPRÉ                     |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                             | JEANSELME                 |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale . . . . . | PIERRE MARIE              |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .               | TEISSIER                  |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      | DELBET                    |
| Clinique des maladies contagieuses . . . . .                            | GOSSET                    |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                         | LEJARS                    |
|                                                                         | HARTMANN                  |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                      | D <sup>r</sup> LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .                     | LEGUEU                    |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                      | BAR                       |
|                                                                         | COUVELAIRE                |
|                                                                         | BRINDEAU                  |
| Clinique gynécologique . . . . .                                        | J.-L. FAURE               |
| Clinique chirurgicale infantile . . . . .                               | AUGUSTE BROCA             |
| Clinique thérapeutique . . . . .                                        | VAQUEZ                    |
| Clinique d'Oto-rhino-laryngologie . . . . .                             | SEBILEAU                  |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                           | PIERRE DUVAL              |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.           |                   |             |              |
|---------------|-------------------|-------------|--------------|
| ABRAMI        | DUVOIR            | LARDENNOIS  | RATHERY      |
| ALGLAVE       | FIESSINGER        | LELORIER    | REITTERER    |
| BASSET        | GARNIER           | LEMIERRE    | RIBIERRE     |
| BAUDOUIN      | COUGEROT          | LEQUEUX     | RICHAUD      |
| BLANCHETIERRE | GREGOIRE          | LEREBoullet | ROUSSY       |
| BRANCA        | GUENIOT           | LERI        | ROUVIERE     |
| CAMUS         | GUILLAIN          | LEVY-SOLAL  | SCHWARTZ(A.) |
| CHAMPY        | GUILLEMINOT       | MATHIEU     | TANON        |
| CHEVASSU      | HEITZ-BOYER       | METZGER     | TERRIEN      |
| CHIRAY        | JOYEUX            | MOCQUOT     | TIFFENEAU    |
| CLERC         | LABBE HENRI       | MULON       | VILLARET     |
| DEBRE         | LAIGNEL-LAVASTINE | OKINCZYC    |              |
| DESMAREST     | LANGLOIS          | PHILIBERT   |              |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

JE DÉDIE CE MODESTE TRAVAIL :

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

*Faible témoignage de profonde  
reconnaissance et d'amour filial.*

A MES SŒURS

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE  
DE BESANÇON

A MES MAITRES  
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur BALTHAZARD

Professeur de Médecine légale  
à la Faculté de Médecine de Paris  
Membre de l'Académie de Médecine  
Officier de la Légion d'honneur

*Je le prie de trouver ici l'hom-  
mage de ma gratitude pour le  
grand honneur qu'il me fait en  
acceptant la présidence de ma  
thèse.*

## AVANT-PROPOS

Il existe en France, à l'heure actuelle, un réel « péril toxique » qui résulte de l'usage et de l'abus des substances toxiques euphoristiques, des « stupéfiants » (1), absorbés d'une façon continue et régulière, dans un but non thérapeutique. Ces poisons provoquent la plus tyrannique des accoutumances, au point que des doses toujours croissantes deviennent nécessaires.

De cet abus ne tarde pas à résulter la déchéance psychique et organique de l'individu ; déchéance qui a fatalement ses répercussions sur la race, et peut, dans plusieurs cas, constituer un véritable danger pour la société.

1. A propos de ce terme, voici ce qu'écrit le Dr H. Piouffle, en réponse à M. Henry Rigal, au cours d'une enquête menée par ce dernier sur l'importance du péril toxique :

« Je vais d'abord vous chercher une querelle de mots : je n'aime pas le terme de « stupéfiants » pour désigner les toxiques qui vous intéressent. Encore que l'Académie vous donne raison en considérant l'opium et ses alcaloïdes comme des stupéfiants, le terme est inexact. C'est dans Molière et en littérature que l'opium fait dormir. En réalité, cette substance, comme toutes celles dont nous nous occupons, ne sont hypnotiques qu'à haute dose. Ce qui est vrai, c'est que les toxiques euphoristiques sont des anesthésiants de la perception douloureuse et des excitants de la cérébration... Ce n'est que l'excès qui aboutit au lourd sommeil du coma toxique... »

Nous n'avons pas la prétention, dans cet ouvrage inaugural, de traiter la question des toxiques euphoristiques, dans tout ce qu'elle comporte de juridique, de médical et de social.

Ce qu'on peut dire, c'est que ce problème du danger toxique, qui réclame impérieusement une solution, a été, et est encore, envisagé sous toutes ses faces, et dans toutes ses conséquences, par de nombreux esprits appartenant à tous les milieux avertis; le plus clair de leurs constatations, c'est que la loi de 1916 n'a pas répondu aux espoirs fondés sur elle: le danger toxique est encore plus flagrant qu'en 1916.

A cette époque, en effet, le désastre que peut constituer pour un individu et une société, l'abus des toxiques, n'était pas, croyons-nous, aussi évident que maintenant. Nous avons sous les yeux les résultats d'une enquête menée par Henry Rigal, en 1916, précédant de quelques semaines le vote de juillet: cette enquête réunissait les opinions de 26 personnalités appartenant aux mondes médical, politique et judiciaire. La plupart considéraient que le péril toxique n'était pas un vain mot, et qu'on avait raison de songer à l'enrayer. Certains autres n'étaient pas du même avis. Ainsi le professeur Paul Raymond a répondu à la question: « L'usage des stupéfiants est-il vraiment très répandu? — Je crois pouvoir répondre par la négative (1). »

1. Henry Rigal, *Les Stupéfiants*, p. 40 (Attinger, frères, 1916).

M. le Dr Paul Sollier (1) déclarait que :

« L'emploi de ces substances (cocaïne, opium,  
« morphine, etc...) est relativement — parce que  
« très restreint, et absolument en raison des trou-  
« bles qu'il entraîne — beaucoup moins dangereux  
« que celui des alcools et des boissons à essences.  
« Elles ont d'abord l'avantage, sur ces dernières  
« substances, qu'elles ne mènent que très rarement  
« à la criminalité et à la folie, et qu'elles entraînent  
« la stérilité, au lieu que les alcooliques, quoique  
« bien plus tarés et dégénérés, sont déplorablement  
« reproducteurs, et engendrent idiots, épileptiques,  
« fous moraux, criminels, etc... »

... Et plus loin :

« Mais encore une fois, avant d'édicter des lois et  
« règlements contre une infime quantité de gens  
« intoxiqués par les stupéfiants et les substances  
« vénéneuses, qu'on commence donc par le faire  
« contre l'alcoolisme, le pire des dangers sociaux et  
« qui fait en France plus de victimes que la guerre. »

Le Dr Laurent, député de la Loire, M. Louis Martin, sénateur du Var, semblaient également considérer le péril toxique comme une quantité négligeable..

— Donc, en 1916, au moment même où le Parlement allait voter une loi tendant à réprimer les progrès du mal, tous ceux qui, de par leur profession ou l'orientation de leur esprit, pouvaient apporter une opi-

1. Henry Rigal, *Les Stupéfiants* pages 41-42 (Attinger, frères, 1916).

nion éclairée sur la question, étaient loin de s'accorder.

Actuellement, sans nier l'influence désastreuse de l'alcool, on ne peut plus dire qu'il y a « une infime quantité d'intoxiqués », pour employer l'expression du Dr Sollier. Il est même à présumer que si l'enquête de 1916 se renouvelait aujourd'hui, ceux que nous venons de citer seraient unanimes à reconnaître le danger et ne pas se dissimuler son importance.

M. le Dr Courtois-Suffit s'est fait en quelque sorte l'interprète des inquiétudes de l'heure présente : dans son très intéressant ouvrage *La Cocaïne*, il démontre que le danger toxique, d'une façon générale, n'est pas suffisamment combattu ; plus récemment encore, dans une communication à l'Académie de Médecine (21 juin 1921), il dénonce franchement l'inefficacité de la dernière loi et ne propose rien moins que sa revision.

La *Ligue d'Hygiène mentale* consacre plusieurs pages de son premier bulletin (juillet 1921) à la question des stupéfiants, mais se contente de réclamer une répression plus énergique et une surveillance plus active.

Ailleurs qu'à Paris, la gravité du danger n'échappe pas à M. de Coquet, qui fait adopter en 1920, par la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, le vœu suivant :

« La Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, après avoir entendu la communication de M. de Coquet sur *le danger toujours croissant* de la

« vente clandestine des substances vénéneuses, et  
« plus particulièrement de la cocaïne, de l'opium et  
« de ses dérivés, émet le vœu :

« 1° Que tous les stupéfiants, y compris les spécia-  
« lités, soient soumis au contrôle de l'inspection des  
« pharmacies ;

« 2° Que les pouvoirs publics recherchent la fraude  
« avec plus de rigueur que par le passé, et appli-  
« quent aux délinquants toutes les rigueurs de la loi. »

Le grand public lui-même, mieux encore qu'en 1916 — où des événements autrement graves retenaient son attention — ne peut manquer de s'émouvoir : la rubrique spéciale des grands journaux ne mentionne-t-elle pas chaque jour, un ou plusieurs « faits-divers » où la morphine, la cocaïne, jouent le premier rôle ?

Nous estimons, pour notre part, que si en 1916 le danger n'était pas imminent, il l'est actuellement : en dépit du législateur, le mal persiste et progresse.

Aussi bien, notre but, dans le cadre volontairement restreint de cette thèse, n'est pas de démontrer qu'il existe un réel danger, pour l'individu, la race et la société, du fait de l'abus des toxiques : ce serait, semble-t-il, s'attacher à faire la preuve d'une évidence.

Nous essaierons, après avoir fourni un rapide aperçu historique de la question, et quelques considérations étiologiques, cliniques et physiologiques, de rechercher à quoi tient l'inefficacité quasi-absolue de la dernière loi, en soulignant ses insuffisances et

ses erreurs ; et nous étudierons les mesures susceptibles, à notre sens, d'améliorer la situation.

Disons dès maintenant que nous n'envisagerons ici que les toxicomanies dues à l'opium et à ses dérivés, et à la cocaïne ; l'usage des autres toxiques, comme le haschisch, l'éther, le chloral, etc..., étant relativement rare. Quant à l'alcool, le plus répandu des toxiques euphoristiques, c'est un sujet qui mérite un développement spécial, et qui a déjà fait l'objet de trop nombreuses études, pour que nous essayions d'apporter ici une contribution originale à tout ce qui a été dit ou écrit sur ce sujet.

# LE PÉRIL TOXIQUE EN FRANCE

## ET LA LOI DU 12 JUILLET 1916

---

### I

#### HISTORIQUE

##### LES LOIS, ÉDITS ET RÈGLEMENTS SUR LES TOXIQUES

La loi du 12 juillet 1916 est la première qui ait été votée dans le but précis de réprimer les toxicomanies. Avant elle, il existait bien la loi du 19 juillet 1845, qui réglementait la détention et la vente des substances toxiques, mais en se plaçant seulement au point de vue des accidents ou des crimes.

Les articles 34 et 35 de la loi du 21 germinal an XI, la déclaration du 25 avril 1777, sur la police de la pharmacie, les articles 7 et 8 de l'édit de juillet 1682, n'envisageaient également que les accidents et les crimes et n'avaient d'autre but que de protéger le public.

Voici, à titre documentaire, le texte de ces articles de loi :

*« Loi du 21 germinal an XI :*

« *Art. 34.* — Les substances vénéneuses et notam-  
« ment l'arsenic, le réalgar, le sublimé corrosif,  
« seront tenues, dans les officines des pharmaciens  
« et les boutiques des épiciers, dans des lieux sûrs  
« et séparés, dont les pharmaciens et épiciers seuls  
« auront la clef, sans qu'aucun autre individu qu'eux  
« puisse en disposer. Ces substances ne pourront  
« être vendues qu'à des personnes connues et domi-  
« ciliées qui pourraient en avoir besoin pour leur  
« profession ou pour cause connue, sous peine de  
« 3.000 francs d'amende, de la part des vendeurs  
« contrevenans.

« *Art. 35.* — Les pharmaciens et épiciers tien-  
« dront un registre coté et paraphé par le maire ou  
« le commissaire de police, sur lequel registre ceux  
« qui seront dans le cas d'acheter des substances  
« vénéneuses, inscriront de suite et sans aucun  
« blanc, leurs noms, qualités et demeures, la nature  
« et la quantité des drogues qui leur ont été déli-  
« vrées, l'emploi qu'ils se proposent d'en faire, et  
« la date exacte du jour de leur achat ; le tout à  
« peine de 3.000 francs d'amende contre les contre-  
« venans.

« Les pharmaciens et épiciers seront tenus de  
« faire eux-mêmes l'inscription, lorsqu'ils vendront  
« ces substances à des individus qui ne sauront  
« point écrire, et qu'ils connaissent comme ayant  
« besoin de ces substances.

« *Extrait de la déclaration du 25 avril 1777 portant règlement pour les professions de la pharmacie et l'épicerie à Paris.* »

« *Art. 6.* — Défendons aux épiciers et à toutes autres personnes, de fabriquer, vendre et débiter aucuns sels, compositions ou préparations entrantes au corps humain, en forme de médicaments, ni de faire aucune mixtion de drogues simples pour administrer en forme de médecine, sous peine de cinq cents livres d'amende, et de plus grande s'il échoit.

« Voulons qu'ils soient tenus de représenter toutes leurs drogues, lors des visites que les doyens et docteurs de la Faculté de Médecine, accompagnés des gardes de l'épicerie, feront chez eux ; à l'effet, s'il s'en trouve de détériorées, d'en être dressé procès-verbal, signé desdits docteurs et gardes, pour y être pourvu ainsi qu'il appartiendra.

« *Art. 7.* — Pourront, les prévôts de la pharmacie, se transporter dans les lieux où ils auront avis qu'il se fabrique et se débite sans permission ou autorisation des drogues ou compositions chimiques, galéniques, pharmaceutiques ou médicales, en se faisant toutefois assister d'un commissaire, qui dressera procès-verbal de ladite visite, pour, en cas de contravention, y être pourvu ainsi qu'il appartiendra.

« *Art. 8.* — Ne pourront les communautés séculières ou régulières, même les hôpitaux et religieux mendiants, avoir de pharmacie, si ce n'est pour

« leur usage intérieur ; leur défendons de vendre et  
« débiter aucunes drogues simples ou composées, à  
« peine de cinq cents livres d'amende.

« *Art. 9.* — Renouvelons, en tant que besoin, les  
« dispositions de notre édit du mois de juillet 1682 ;  
« en conséquence, défendons, etc. »

« *Edit de juillet 1682*

« *Art. 7.* — A l'égard de l'arsenic, du réalgar, de  
« l'orpiment et du sublimé, quoiqu'ils soient poi-  
« sons dangereux de toute leur substance, comme  
« ils entrent et sont employés en plusieurs compo-  
« sitions nécessaires, nous voulons, afin d'empêcher  
« à l'avenir la trop grande facilité qu'il y a eu jus-  
« qu'ici d'en abuser, qu'il ne soit permis qu'aux  
« marchands qui demeurent dans les villes d'en  
« vendre et d'en livrer eux-mêmes seulement aux  
« médecins, chirurgiens, apothicaires, orfèvres,  
« teinturiers, maréchaux et autres personnes pu-  
« bliques qui, par leur profession, sont obligées  
« d'en employer, lesquelles néanmoins écriront, en  
« les prenant, sur un registre particulier tenu pour  
« cet effet par lesdits marchands, leurs noms, quali-  
« tés et demeures, ensemble la quantité qu'ils  
« auront prise desdits minéraux, et si, au nombre  
« desdits artisans qui s'en servent, il s'en trouve  
« qui ne sachent écrire, lesdits marchands écriront  
« pour eux. Quant aux personnes inconnues auxdits  
« marchands, comme peuvent être les chirurgiens  
« et maréchaux des bourgs et villages, ils apporte-

« ront des certificats, en bonne forme, contenant  
« leurs noms, demeures et professions, signés du  
« juge des lieux ou d'un notaire et deux témoins,  
« ou du curé et de deux principaux habitants, les-  
« quels certificats et attestations demeureront chez  
« lesdits marchands pour leur décharge. »

« *Art. 8.* — Enjoignons à tous ceux qui ont droit  
« par leurs professions et métiers de vendre ou d'a-  
« cheter les susdits minéraux de les tenir en des  
« lieux sûrs dont ils garderont eux-mêmes la clef.  
« Comme aussi leur enjoignons d'écrire sur un  
« registre particulier la qualité des remèdes où ils  
« auront employé lesdits minéraux, les noms de  
« ceux pour qui ils auront été faits, et la quantité  
« qu'ils y auront employée, et d'arrêter, à la fin de  
« chaque année, sur lesdits registres ce qui leur en  
« restera, le tout à peine de 1.000 livres d'amende  
« pour la première fois et de plus grande s'il y  
« échet. »

Nous ne citerons pas la loi du 19 juillet 1845 qui a représenté jusqu'en 1916 toute la législation relative à la vente et au commerce des substances vénéneuses ; elle s'inspire du même esprit que les précédentes et envisage à peu près les mêmes peines. Elle comporte en plus un tableau précis des substances vénéneuses qui font l'objet de sanctions ; y figurent notamment et dans l'ordre alphabétique :

L'acétate de morphine ;

La codéine et ses préparations ;

Le laudanum (composés et mélanges) :

La morphine et ses composés ;

La narcéine ;

L'opium.

— En résumé, les toxicomanies étaient légalement ignorées. Si elles existaient, c'était dans des cas rares, en cas de maladies incurables, par exemple, et dont était seul juge le médecin traitant. De toutes façons, elles n'atteignaient pas l'importance d'une tare nationale. Le péril toxique, inexistant, ne pouvait pas préoccuper le législateur.

#### COCAÏNE ET COCAÏNOMANIES

Il est à peu près impossible de fixer une date d'apparition des premières toxicomanies en France. Ce qu'on peut dire, c'est que les cocaïnomanies sont assez récentes. Les propriétés de la cocaïne, ou plutôt de la feuille de coca, n'ont en effet, été remarquées pour la première fois qu'en 1856, par Samuel Percy. Vers 1884, à la suite d'un mémoire de Morell-Mackenzie, paru à Londres, la cocaïne est définitivement entrée dans le domaine thérapeutique et pharmaceutique ; presque aussitôt, on s'aperçoit qu'à côté de ses précieuses qualités d'anesthésique local, la cocaïne est un dangereux toxique. En 1885, notion nouvelle, celle de la cocaïnomanie, en même temps que l'apparition de cas mortels, à la suite de l'usage immodéré de la drogue nouvelle. Depuis, les fervents de la cocaïne n'ont fait qu'augmenter, et dans des proportions énormes : et c'est actuellement, à

Paris surtout (pour ne parler que de la France), le toxique de choix. Nous pensons que cette préférence est une conséquence, d'ailleurs assez inattendue, de la loi de 1916 ; nous dirons plus loin comment.

La cocaïne, dont le sel le plus usité est le chlorydrate de cocaïne, s'absorbe de diverses façons par les adeptes de cette drogue : en injections sous-cutanées, voire même intraveineuses, comme dans un cas observé par nous, et cité plus loin ; ou bien, en prises nasales. Ce dernier mode d'absorption est de beaucoup le plus employé. Les fervents, ou plutôt les ferventes, (car ce sont surtout des femmes qui se livrent à cette passion), ont un petit attirail très élégant, dont elles se servent souvent en public, sans éveiller l'attention : petite boîte ouvragée, en argent ou en or, qui paraît renfermer la plus inoffensive des poudres de riz et qui, en réalité, recèle la dangereuse « coco » ; petite spatule en ivoire, qui contient la dose pour une prise. C'est propre, élégant et discret ! On viole ainsi la loi, quelquefois même sous les yeux de la police.

#### OPIMUM, MORPHINE, HÉROÏNE

Les opiomanies sont, à coup sûr, beaucoup plus anciennes que les cocaïnomanies.

L'opium, suc concret du *Papaver Somniferum*, (*Papavéracées*), connu dès la plus haute antiquité, devait nécessairement faire des adeptes bien avant la cocaïne.

Il existe une bibliographie extrêmement abondante sur ce toxique : il n'y a qu'à consulter l'*Index Catalogue of the library of Surgeon general office (United States)*, au mot « opium » pour s'en convaincre. Il y a bien 3.000 documents concernant l'opium, son histoire, ses propriétés, etc... Et c'est avec peine que, dans une littérature aussi riche, nous avons pu relever une date marquant en France l'apparition des premières intoxications chroniques dues à l'opium.

C'est en Asie que le pavot, l'opium, seraient d'abord apparus. Dans les plus anciens poèmes de l'Inde, il en est fait mention.

Au v<sup>e</sup> siècle, en Egypte, on trouve trace de l'opium dans les lexiques coptes-arabes, sous son nom grec *Μηκον*.

Dans l'histoire gréco-romaine, le pavot et l'opium sont connus : Hippocrate a utilisé l'opium ; Homère en parle. Les Romains le connaissaient et s'en servaient comme médicament et poison.

Mais les Arabes seraient les vrais propagateurs de l'opium, qu'ils utilisèrent comme excitant : c'est chez eux que l'opiophagie a pris naissance. Ils auraient importé cette habitude en Perse.

En France, l'opium est aussi un article d'importation : quand y est-il apparu ? Ce détail historique ne peut être précisé. En tout cas, dès 1853, on parlait de cultiver le pavot en France. Mais ce ne fut qu'en 1884 qu'on fit les premiers essais de culture, et l'opium français se révéla même beaucoup plus

riche en morphine que les opiums étrangers (22 0/0 au lieu de 10 à 15 0/0).

— Le premier cas d'opiophagie dont on ait parlé, est celui du cardinal de Richelieu : il devait probablement en faire un usage très modéré, et coupé de fréquentes et longues interruptions, à voir l'âge avancé qu'il atteignit.

Plus près de nous, on trouve enfin une date précise : 1829. En cette année, Alfred de Musset donna une traduction d'un livre anglais de Thomas de Quincey, paru en Angleterre dès 1804. La traduction, intitulée : *L'Anglais mangeur d'opium*, eut un succès énorme, qui ne contribua pas peu à répandre la funeste habitude chez nous. C'est à partir de cette date, en effet, qu'on observe les premiers cas d'opiophagie en France.

La richesse, la diversité des préparations pharmaceutiques, furent une autre cause de la diffusion de ce toxique. Les habitués de l'opium connaissent bien ces préparations, de même qu'ils savent à quelle variété s'adresser pour obtenir le maximum de l'effet recherché.

En effet, les différents opiums, opiums de Turquie, de Smyrne, de Perse, de l'Inde, de l'Egypte, n'ont pas tous la même activité ; ils se distinguent par leur teneur en morphine : le plus riche est l'opium de Smyrne qui contient de 8 à 11, 5 0/0 de morphine c'est la dose officinale.

— L'opium se mange, se boit, se fume ; depuis quelques années, il se prend même en injections

hypodermiques, sous forme de spécialités bien connues, comme le Pantopon Roche ou Pavéron Dausse.

Il se mange sous la forme brute, ou bien sous forme d'extrait thébaïque, ou de toute autre préparation pharmaceutique usitée (poudre de Dower, pilules de Cynoglosse, etc...).

Il se boit sous forme de teinture d'extrait thébaïque, de laudanum, d'élixir parégorique, de gouttes noires anglaises, etc...

Il se fume aussi, et cette façon de s'intoxiquer par l'opium a été décrite par de nombreux auteurs, poétisée même par des écrivains. Beaucoup de Français, fonctionnaires aux Colonies, militaires, marins, ont rapporté de leur séjour ou de leurs voyages en Orient et en Extrême-Orient, l'habitude de fumer l'opium; et cette étrange mode s'était très bien acclimatée chez nous, à Paris, notamment, et dans nos ports de mer, où pendant longtemps, avant la loi de 1916, elle était florissante. On fumait l'opium, comme en Chine, dans des fumeries aménagées selon le goût oriental; rien ne manquait au décor, ni au personnel, pour donner l'illusion de l'exotique, du pays d'origine.

La loi de 1916 a réduit, dans une très sérieuse proportion, le nombre de ces établissements.

— La *morphine*, principal alcaloïde de l'opium, a été découverte en 1816, par Seguin, chimiste des armées de la Révolution et du Consulat (1); elle

1. Dupré et Logre, *Intoxication par l'opium*. In *Nouveau Traité de Médecine* de Roger, Vidal, Tessier, 1922.

compte des fidèles nombreux ; il y a peut-être même plus de morphinomanes que d'opiomanes, en raison de l'euphorie plus rapide provoquée par l'injection hypodermique ; c'est en effet de cette façon que s'absorbe généralement ce toxique.

— *L'héroïne*, pour les toxicomanes, s'absorbe également par la voie sous-cutanée ; mais son emploi est moins généralisé que celui de la morphine.

D'ailleurs, on ne saurait faire de distinction entre l'opium, la morphine, et l'héroïne, au point de vue des toxicomanies, puisque l'un renferme les autres et leur doit la plupart de ses qualités euphoristiques.

— Jusqu'en 1870, la morphinomanie était à peu près inconnue en France. C'est aux Allemands, à l'armée prussienne, que nous devons l'importation de cette habitude. Depuis cette date, même un peu avant, nos voisins d'Outre-Rhin s'employaient sous tous les prétextes, à répandre ce toxique. Ils poussaient la mauvaise foi jusqu'à « attirer sur les bords  
« du Rhin, sous prétexte de cure de désintoxication,  
« de nombreux toxicomanes français, à qui ils pro-  
« mettaient la guérison après quelques semaines  
« d'isolement et de soins.

« Avec une parfaite mauvaise foi, les médecins  
« d'Outre-Rhin remplaçaient la seringue de mor-  
« phine ou la « prise de coco » par des ingestions  
« liquides de toxique : seule, la voie d'absorption de  
« la drogue était modifiée. Les malades rentraient  
« donc en France aussi peu avancés qu'à leur départ  
« et toujours sous la désastreuse puissance du poison

« dont ils n'étaient nullement déshabitués. Il arriva alors que, se trouvant dans l'impossibilité d'ingérer leur stupéfiant, ils s'adressaient à leurs anciens médecins, et ceux-ci s'empressaient de leur faire parvenir, avec soin et à date fixe, le toxique que l'organisme continuait à réclamer (1). »

Un peu avant l'offensive de 1914, les Allemands, qui avaient décidément en vue l'anéantissement de la race française par tous les moyens, avaient commencé une véritable « offensive toxique » et inondé le pays, non seulement de morphine, mais encore de cocaïne. Hommes et femmes en consommaient, et les trafiquants, presque sûrs de l'impunité, surtout pour la cocaïne, qui n'était pas connue à la promulgation de la loi de 1845 — se livraient impudemment à leur commerce ; ils ne risquaient, en ce qui concerne la morphine, que des peines excessivement minimes, eu égard aux bénéfices considérables que leur laissait leur commerce.

Le début des hostilités a décélé un grand nombre d'intoxiqués qui ont été obligés en raison des circonstances et dans l'impossibilité de se ravitailler en toxique, d'avouer leur habitude, et qui, d'ailleurs, ont dû à ces mêmes circonstances leur guérison (2).

1. Courtois-Suffit et Giroux, *La Cocaïne*.

2. Lire, à ce sujet, la conférence du D<sup>r</sup> Plouffe, faite en 1916, sous la présidence de Mme la générale Joffre, sur les « Intoxiqués aux armées » (Halouin).

## II

### QUELQUES CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES CLINIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

Le fait de se procurer assez facilement, par les Allemands et aussi par l'Espagne, la substance toxique, et l'absolue inefficacité d'une loi vétuste comme celle de 1845, ont donc contribué dans une large mesure à répandre en France l'habitude des « stupéfiants ».

Mais ces causes ne sont qu'occasionnelles ; les véritables sont plus complexes. Elles sont : individuelles, mésologiques, accidentelles. Nous empruntons cette classification, simple et claire, au Dr Piouffle, qui la présente dans son ouvrage *Les Psychoses cocaïniques*.

Ces quelques notions étiologiques, très résumées sont, à notre avis, indispensables à connaître pour comprendre certaines erreurs ou insuffisances de la loi de 1916.

#### CAUSES INDIVIDUELLES

Les causes individuelles sont celles qui tiennent à la nature même du sujet, à sa constitution physique et psychique, et, en premier lieu, à sa résistance à

la douleur : c'est toute la question de l'hérédité nerveuse qui est en jeu. La douleur est un phénomène essentiellement subjectif : Sa nature, son degré, sont questions d'appréciation personnelle et tel individu considérera comme nulle une souffrance qu'un autre qualifiera d'insupportable. Le faible, l'invalides mental, le déséquilibré, aura tendance à atténuer ou supprimer la douleur, dès qu'elle apparaît, sans se donner la peine de la supporter.

Ces considérations s'appliquent aussi bien à la souffrance physique qu'à la souffrance morale : pour certains esprits, la simple sensation de faiblesse ou d'insuffisance intellectuelle, le désarroi mental résultant d'une peine morale, suffisent à provoquer le besoin de recourir à des procédés artificiels pour retrouver momentanément un équilibre relatif de leurs facultés : ils demandent aux toxiques une énergie factice et passagère. C'est parmi ces derniers qu'il faut ranger les toxicomanes célèbres, écrivains, musiciens ou peintres.

En dehors de la douleur, physique ou morale, qui est une des principales causes individuelles des intoxications chroniques, il y a le besoin maladif, pour ces cerveaux débiles, de s'appuyer selon la pittoresque expression du D<sup>r</sup> Piouffle, sur une « béquille mentale » : ces sujets sont des imitateurs, que l'on rencontre fréquemment dans le monde des fêtards, des désœuvrés, et ils deviendront, beaucoup plus facilement que d'autres, la proie des toxicomanes prosélytes.

## INFLUENCE DU MILIEU

L'influence du milieu est aussi indéniable : elle se fera naturellement sentir différemment selon les individus, et dans la mesure où ceux-ci posséderont leur équilibre mental.

Il convient de noter ici qu'un individu, sain d'une façon habituelle, peut présenter momentanément des infériorités psychiques : il sera contaminé facilement à ces moments-là. Mais, entre lui et le prédisposé, il existe des différences : chez le premier, la toxicomanie ne sera qu'une erreur passagère, le résultat d'une curiosité ; guéri, cet individu ne retombe pas, ou exceptionnellement. Ce n'est pas chez lui que réside le péril toxique. Chez les autres au contraire, il est réel, en raison de cet état psychique congénital ou héréditaire.

Mais il ne faudrait pas s'exagérer l'importance de ces causes, car le prosélytisme, et partant la contagion, n'exerce pas ses ravages autant qu'on pourrait le croire. Tout au moins, ce prosélytisme varie-t-il de degré, selon les toxiques ; il est certain, par exemple, que le fumeur d'opium, qui la plupart du temps s'adonne à sa passion dans des établissements spéciaux, et qui paraît éprouver plus de satisfaction à fumer en commun, fera plus de prosélytisme par son seul exemple, que le mangeur ou buveur d'opium, ou que le morphinomane, qui se cachent soigneusement.

Le cocaïnomanes, eux, font école, si l'on peut dire. Il est de bon ton, dans certains milieux de priser la cocaïne ; et l'exubérance factice qui résulte de l'absorption de ce poison déclanche le désir de faire partager sa joie à d'autres.

L'influence de l'éducation, qui fortifiera les caractères, retrouve ici toute sa valeur pour parer au danger.

#### CAUSES ACCIDENTELLES

*Rôle du médecin et du pharmacien.* — Les causes accidentelles peuvent faire de n'importe quel individu, un toxicomane, même sans prédisposition. Très souvent, disons-le tout de suite, à l'origine de ces « toxicomanies acquises », la responsabilité du médecin est très souvent engagée ; plus tard, une fois l'intoxication installée, le médecin continue à engager cette responsabilité en favorisant, souvent à son insu, l'habitude de son client.

La responsabilité du pharmacien n'est pas toujours, non plus, hors de cause.

Il est malheureusement avéré que beaucoup de médecins, tout en connaissant théoriquement les phénomènes d'accoutumance que provoquent l'opium la morphine, la cocaïne, etc..., prescrivent ces substances sans suffisamment se rendre compte de l'état mental de leur client. Le malade souffre ; vite, une piqûre de morphine... On détruit l'élément douleur, qui est le plus pénible à supporter et la réputation s'accroît du médecin qui sait prendre une

décision aussi prompte et bienfaisante. Si la souffrance ne cède pas tout d'un coup, on ira volontiers jusqu'à dix, quinze, ou vingt piqûres de morphine, pratiquées dans l'espace de huit ou dix jours.

Et pourtant, chez certains individus, il faut beaucoup moins de temps pour provoquer l'accoutumance et déterminer l'angoisse caractéristique à la seule annonce de la suppression de la piqûre quotidienne.

Les chirurgiens, plus particulièrement, ont, croyons-nous, cette fâcheuse tendance à abuser de la morphine ou de la cocaïne chez leurs malades. Pour supprimer ou atténuer les conséquences douloureuses d'une intervention, et pour qu'il soit dit que l'opération et ses suites n'ont provoqué la moindre douleur, ils n'hésitent pas à recourir à l'un de ces produits qui calment et procurent une bienfaisante euphorie.

Nous possédons personnellement plusieurs cas d'intoxication chronique par les toxiques euphorisants, à l'origine desquels la responsabilité du médecin ou du chirurgien paraît nettement engagée.

Nous n'en citerons que deux, qui nous semblent bien caractéristiques :

#### OBSERVATION DE M. N...

(Personnelle.)

La première concerne un pharmacien chez qui on ne relève aucune tare nerveuse héréditaire ou personnelle. Il s'était sérieusement blessé au cours d'une partie de chasse,

et toute la charge de plomb était pénétrée dans un pied, broyant les os, dilacérant les tissus mous, et occasionnant naturellement de très vives douleurs. Un chirurgien, mandé immédiatement, commença, *avant tous autres soins*, par faire une injection de 1 centigramme de morphine. A chaque pansement, par la suite, la même injection fut répétée, et un soir où le blessé disait souffrir plus encore que de coutume, le chirurgien traitant n'hésita pas à pratiquer la deuxième injection de la journée, en doublant même la dose.

Au bout d'une quinzaine de jours, la blessure ne suppurait plus, la plupart des grains de plomb avaient été extraits, les esquilles s'étaient bien éliminées et la plaie était en pleine voie de cicatrisation : il semblait donc que la morphine n'eût plus sa raison d'être. Mais l'accoutumance s'était, à son insu, installée chez notre pharmacien, et il réclama impérieusement, un soir, la piqûre à laquelle il estimait encore avoir droit : le chirurgien, cette fois, refusa net ; puis se laissant fléchir, il fit une dernière injection de complaisance. Le lendemain, le blessé renouvela sa demande, sans succès ; mais se rappelant à propos qu'il était pharmacien, il se fit apporter par son élève une ampoule de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine, et se fit lui-même sa piqûre.

Il n'a pas cessé, pendant plus de deux ans, augmentant à chaque instant, les doses, pour atteindre près de 3 grammes par jour. Il subit, dans des établissements spéciaux plusieurs sevrages, récidivant dès sa sortie, et ne conservant qu'un très amer souvenir du traitement brutal auquel il avait été soumis.

Finalement, pendant peut-être une huitaine de jours, il était arrivé à prendre la dose vraiment fantastique de 8 gr. *de morphine par jour, en injections sous-cutanées.*

Quelquefois même, il ignorait la dose prise. Il nous racontait qu'un jour, au cours d'un voyage en chemin de fer, son flacon était venu à se briser, précisément au moment où il allait s'en servir ; il n'avait plus que du chlorhydrate de morphine, cristallisé en petits cubes, mais il possédait un flacon

vide, de rechange. Le dissolvant manquait ; il l'emprunta au réservoir d'eau destiné à la toilette des water-closets du wagon dans lequel il voyageait ; et comme la dose de sel, par rapport à la quantité d'eau, était trop forte pour se dissoudre, il s'injecta sous la peau une sorte de bouillie claire, sans se préoccuper de la dose.

Sa peau était couverte d'abcès et de nodosités, et présentait un aspect tigré tout à fait caractéristique ; toutes les régions qui lui étaient accessibles étant devenues impraticables, il se faisait piquer, dans le dos, par qui voulait bien y consentir.

Il était dans un état très grave, quand on l'amena à l'établissement de X... où l'on constata que son foie débordait de beaucoup les fausses côtes, puisqu'il descendait presque jusqu'au pubis. Il subit avec succès une cure de désintoxication (et non plus de sevrage), sur les détails de laquelle nous reviendrons plus loin, dans un chapitre consacré au traitement des toxicomanies.

#### OBSERVATION DE MME B.,

##### (Personnelle)

La deuxième observation relate l'histoire d'une vieille dame de soixante-douze ans, devenue opiomane par la négligence de son médecin.

Dans ses antécédents nerveux, également rien à signaler,

Souffrant habituellement du foie, elle fit, une fois, une crise de colique hépatique : piqûre de morphine, naturellement prescrite par un médecin de grande valeur, et praticien très averti. Pour prolonger l'effet de la piqûre, ce médecin adjoignit à son traitement un flacon de 20 grammes de *laudanum de Sydenham*, dont la malade, en cas de réveil de la douleur, devait absorber un certain nombre de gouttes. Cette vieille dame, un peu pusillanime, à la moindre douleur, s'empressait de faire appel au flacon de laudanum, et elle s'y était habituée. Pour faire renouveler son ordonnance de laudanum, elle fit revenir le même médecin, à qui

elle déclara que son foie la faisait de nouveau cruellement souffrir, et que, malheureusement, elle avait, par mégarde, brisé le précieux flacon. Sans méfiance, le praticien renouvela l'ordonnance.

Pendant trois années, cette personne, par toutes sortes de stratagèmes, réussit à se procurer le poison que réclamait son organisme. Elle est morte, cachectique, il y a quelques mois.

Ces faits se rapportent à l'opium ou à la morphine. Il en existe de semblables pour la cocaïne ; et d'ailleurs ces deux poisons sont très fréquemment associés chez le même individu.

A la suite d'une brûlure grave, d'un rhume des foies, d'une rhinite douloureuse, d'hémorroïdes, de fissure anale, le médecin prescrit une application de cocaïne, dont le pourcentage, dans la préparation employée, est souvent très élevé. Le Dr Piouffle rapporte le cas d'une dame qui « buvait par jour plusieurs litres « d'un vin à la coca, et chez laquelle il était facile « de dissocier les troubles appartenant à l'intoxica- « tion éthylique, et ceux relevant de l'empoisonne- « ment cocaïnique chronique. »

Les faits de ce genre ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire ; même à l'époque actuelle, où les nombreux cas de toxicomanies devraient faire réfléchir le médecin.

Les pharmaciens, les élèves en pharmacie, pour faire preuve de complaisance envers leurs clients, ou bien par ignorance du danger, quelquefois aussi pour augmenter leurs revenus, délivrent, avec une déplorable facilité, sous des formes variées, les toxiques

euphoristiques. D'ailleurs, certaines ordonnances fausses, fabriquées avec soin par des toxicomanes expérimentés, peuvent très bien tromper leur bonne foi. Parmi les quelques intoxiqués chroniques, observés par nous, il en est un qui nous déclarait pouvoir se procurer, en cas d'absolue nécessité, (dans l'attente d'un ravitaillement plus important et plus régulier), une ou deux doses de morphine et de cocaïne, en libellant ainsi une ordonnance :

Usage externe :

Sous-nitrate de bismuth..... 15 gr.

Talc..... 15 gr.

Chlorhydrate de morphine..... { *ad* trente ou

Chlorhydrate de cocaïne..... { quarante cgr.

Mélanger intimement. Applications matin et soir.

De retour chez lui, le toxicomane ajoutait de l'eau à la poudre que le pharmacien lui avait la plupart du temps, délivrée sans difficulté, et filtrait; puis il s'injectait le filtrat qui était en définitive, une solution de chlorhydrate de morphine et de chlorhydrate de cocaïne.

Cette observation dénote de la part du toxicomane, une certaine habitude du métier. Il est en effet malheureusement exact que les médecins, pharmaciens, étudiants en médecine ou pharmacie, et en général tous ceux qui, par leur instruction ou leurs fréquentations, peuvent avoir des notions de ces deux matières, fournissent le plus fort contingent à la toxicomanie.

Une statistique, portant sur 100 morphinomanes,

empruntée à Levinstein, comporte 82 hommes et 18 femmes, dont :

- 32 médecins
- 1 fils de médecin
- 2 infirmiers
- 1 étudiant en médecine
- 6 pharmaciens
- 8 femmes de médecins
- 2 sœurs de charité
- 1 sage-femme
- 1 femme de pharmacien

Les exemples que nous venons de citer inspirent tout naturellement des conclusions que nous formulerons et développerons plus loin.

POUR UN TOXICOMANE, LES TOXIQUES  
SONT INTERCHANGEABLES

Il est encore une notion, qui n'est pas d'ordre étiologique, mais plutôt clinique, et que nous voudrions résumer ici, toujours dans le même esprit critique : mieux faire comprendre les insuffisances de la loi de 1916.

Cette notion est celle de *l'interchangeabilité* des toxiques euphoristiques. Elle est connue, certes, et on la connaissait avant le vote de la loi de 1916 : le législateur a paru cependant l'ignorer, de même qu'il a paru ignorer les élémentaires notions d'étiologie que nous venons d'indiquer.

Un toxicomane peut avoir une préférence marquée vis-à-vis d'un toxique : il sera opiomane ou

morphinomane, plutôt que cocaïnomane ou haschi-chin... Mais en réalité, il pourra substituer facilement un toxique à un autre, et, soit dit en passant, c'est ce qui fait l'erreur de certaines méthodes de traitement, dites substitutives.

De morphinomane, par exemple, il deviendra cocaïnomane, quand il ne cumulera pas. Autrement dit, l'accoutumance aux poisons euphoristiques est une : elle procède de la même façon pour tous les stupéfiants. Il suffit que l'organisme reçoive un toxique, pour être satisfait.

Le changement de poison ne passe pourtant pas tout à fait inaperçu : l'euphorie attendue n'étant plus de la même nature, il y a, en quelque sorte, *surprise de l'organisme*, qui demandera un délai plus ou moins court pour s'habituer à la sensation nouvelle : c'est pendant cette période de déséquilibre que s'installent les intoxications surajoutées, si fréquentes.

Les intoxiqués, pour peu qu'ils soient invétérés, connaissent bien cette possibilité de changer de toxique sans grand dommage : ils ont presque tous été dans l'obligation, momentanée ou non, de recourir à un autre toxique, l'habituel poison venant à leur faire défaut.

Nous ne voulons pas parler du changement qui consiste à prendre de la morphine ou du pantopon, au lieu d'opium : simple question, dans ce cas, de formes différentes d'un même poison, et de mode d'absorption. Mais une substitution très fréquente

est celle de la cocaïne à la morphine, quand ces deux poisons, encore une fois, ne s'ajoutent pas. Nous avons déjà dit qu'on la provoquait, cette substitution, dans un but thérapeutique, et que cette méthode de traitement ne paraît pas devoir réussir.

Un morphinomane, comme celui dont nous avons raconté l'histoire, dont la peau est couverte d'abcès, à qui toute piqûre devient douloureuse, s'injectera souvent, pour commencer, 1 centigramme de chlorhydrate de cocaïne, afin d'éviter l'introduction pénible de la solution de chlorhydrate de morphine. Il ressentira la sensation nouvelle déclanchée par la cocaïne, et surpris, dans le désir plus ou moins vague de se refaire une virginité d'impressions, ou dans l'espoir ce déraciner chez lui l'habitude de la morphine, il augmentera les doses du nouveau toxique, mais en ne diminuant que légèrement les doses du poison habituel.

Il y aura cumul, et cumul tout à l'avantage de la cocaïne, car il est curieux de constater que les morphino-cocaïnomanes, ont tendance à se spécialiser dans la cocaïne : si on pouvait les mettre en demeure de choisir (quelle que soit l'ancienneté de l'une ou l'autre intoxication), ils choisiraient la cocaïne.

Citons à ce propos l'observation très résumée de M. P... étudiant en pharmacie.

OBSERVATION DE M. P...

ÉTUDIANT EN PHARMACIE

(personnelle)

Son premier toxique avait été la morphine, et par simple curiosité, il y avait associé la cocaïne, si bien que la morphine était reléguée à l'arrière-plan. Nous l'avons observé à la maison de santé de O..., où son père, désolé, l'avait conduit : à ce moment, le malade prenait de la cocaïne seulement depuis deux mois, alors que sa morphinomanie datait de plus de deux ans. A la question posée par nous : « Que préférez-vous, morphine ou cocaïne ? » Le malade répondit avec un véritable enthousiasme : « La coco ! »

Il la prisait, cette cocaïne, mais comme dans les derniers jours, il ne pouvait s'en procurer que des quantités très restreintes, il avait imaginé de s'en faire des *injections intraveineuses*, pour économiser la précieuse drogue, et aussi pour obtenir d'un seul coup toute l'euphorie attendue. Il avait même acquis une très grande habileté dans la technique des injections intraveineuses, qu'il se pratiquait à l'avant-bras, sans aucune asepsie, d'ailleurs : grâce à un mouchoir qu'il tenait serré avec les dents et qui entourait son bras, il obtenait une turgescence suffisante des veines de la région antérieure de l'avant-bras, et il se piquait sans jamais se tromper.

Le réseau veineux de ses avant-bras (car il se servait aussi bien de la main droite que de la main gauche) était visible, même sans aucune turgescence, grâce à la multitude de ponctuations qui le repéraient très exactement.

Ce cas n'est pas unique : cependant, malgré cette préférence pour la cocaïne que l'on rencontre très fréquemment, quand il y a association de ce toxique avec d'autres, il n'en reste pas moins exact qu'un vrai toxicomane, au sens médical du mot, est indif-

férent vis-à-vis du toxique. Son psychisme et son organisme sont tels qu'ils accepteront avec les mêmes réactions un poison ou un autre, pourvu qu'il s'agisse d'un poison *euphoristique*.

#### ACCOUTUMANCE ET MANIE

Il nous reste à dire quelques mots de physiologie, avant de passer à la critique proprement dite de la loi de 1916 : nous voulons parler de *l'accoutumance* phénomène organique (différent de la *manie*, laquelle peut être considérée ici comme une sorte d'accoutumance mentale).

Qu'est-ce que l'accoutumance ?

Ce n'est en résumé, pas autre chose que l'habitude de l'organisme vis-à-vis d'une substance médicamenteuse. Cette accoutumance qui, apparemment, n'existe pas pour tous les médicaments, paraît s'exercer surtout pour les substances toxiques, morphine, cocaïne, strychnine, arsenic, etc... Mais en ce qui concerne les toxiques euphoristiques, elle ne tarde pas à se compliquer de la *manie*, habitude psychique, qui suit et complète l'habitude organique.

Tous les traités de physiologie sont d'accord : le toxicomane est l'esclave absolu du poison auquel il s'est habitué ; il lui est impossible de se corriger, sans le secours d'une bonne méthode thérapeutique.

Autrement dit, il est devenu un malade, dans

toute l'acception du terme, et ce n'est pas tant à le juger qu'à le soigner qu'il faut s'employer.

Une preuve que l'accoutumance à un poison euphoristique constitue un besoin impérieux de l'organisme vis-à-vis de ce poison, c'est que l'individu intoxiqué, « accoutumé », peut présenter des accidents très graves, du collapsus cardiaque, par exemple, pouvant aller jusqu'à la mort, s'il est privé brusquement de son toxique.

Ce sont là réactions organiques. Mais de plus, à la seule perspective d'être sevré brutalement du toxique qu'il sait indispensable à l'équilibre de ses fonctions, à une vie normale, le malheureux intoxiqué peut réagir psychiquement, de façon très dramatique aussi : il arrive souvent que pour éviter les souffrances horribles résultant d'un sevrage brusque, il mette fin à ses jours.

On a bien dit que là était la cause de la mort d'Almeryda, morphinomane notoire qui, d'ailleurs, souffrait en plus de péritonite tuberculeuse. Si cette insinuation s'était vérifiée, il serait permis de se demander de quel droit, ou par quelle coupable négligence, on a, en somme, provoqué ce suicide, en ne procurant pas au prisonnier, dose par dose, le poison sans lequel il ne pouvait envisager même la possibilité de vivre.

L'ACCOUTUMANCE AUX POISONS  
EUPHORISTIQUES EXISTE CHEZ  
LES ANIMAUX

L'accoutumance aux poisons euphoristiques est provoquée très facilement chez les animaux, ce qui constitue une autre preuve de ce que nous avançons, à savoir : qu'une fois intoxiqué, l'individu n'est plus à considérer comme un délinquant, un coupable, ainsi que le fait la loi ; et qu'en recherchant par tous les moyens le toxique indispensable, il agit comme un malade, qui obéit à une impulsion, résultant avant tout d'un état pathologique.

Nous avons assisté à de curieuses expériences faites il y a plusieurs années par le Dr P... dans son établissement médical de X...

Plusieurs lapins avaient été rendus morphinomanes, grâce à des piqûres de chlorhydrate de morphine, faites à heure fixe et à doses régulièrement croissantes. Cette intoxication provoquée ne se fit pas sans peine : au début les petits animaux redoutaient la piqûre, se cachant au fond de leur cage quand ils voyaient arriver le docteur, et essayant de s'enfuir au moment de l'injection.

Au bout d'une douzaine de jours, les choses allèrent tout autrement : ayant volontairement retardé le moment d'une piqûre, le Dr P... put constater l'agitation insolite de ses lapins morphinomanes, qui grimpaient le long de la porte de leur cage, et sem-

blaient attendre impatiemment la piqure accoutumée. Et quand un infirmier ouvrait la porte, c'était une véritable ruée à l'extérieur, les lapins se précipitant sur les genoux du docteur qui les attendait à quelque cent mètres : le premier arrivé se pelotonnait et recevait sans broncher l'injection de morphine.

Ces lapins furent ensuite soumis à une cure de désintoxication qui réussit parfaitement.

On cite un cas analogue : celui des pigeons de Levinstein, rendus morphinomanes par leur maître.

— Nous ne voulons pas donner un plus long développement à ces considérations étiologiques cliniques et physiologiques ; les dernières en particulier, sont volontairement restreintes, car notre but, nous l'avons dit, n'est pas de faire l'étude complète des toxicomanies : nous avons essayé simplement de mettre en lumière certaines notions indispensables, mais suffisantes, croyons-nous pour étayer un essai de critique de la loi de 1916.

### III

#### ESSAI DE CRITIQUE

Le rapporteur de la loi du 12 juillet 1916, M. Charles Bernard, député de la Seine, affichait un bel optimisme et concevait les plus brillantes espérances, concernant l'efficacité de la loi qu'il présentait à la Chambre.

« Je suis convaincu, écrivait-il peu de temps avant le vote, que les trafiquants de poisons et les apôtres — les mauvais apôtres — de la « coco » et de la morphine seront aussi rares que les pièces d'or en Allemagne. »

LA LOI DE 1916 CONSTITUE

UN RÉEL PROGRÈS

DANS LA LUTTE ANTITOXIQUE

Il est certain que la loi de 1916 a eu d'excellents effets : elle a surtout mieux armé la police, et elle a pu fermer définitivement un grand nombre de fumeries d'opium, qui étaient évaluées, pour Paris seulement, à plus de 1200, en l'année 1916. Elle a pu sévir aussi contre un certain nombre de cocaïnomanes.

Mais il faut avouer que malgré la grande fréquence des arrestations opérées, la loi n'a pas, dans

ce cas, répondu aux espoirs fondés sur elle. Le cocaïnomane, tout d'abord, fait plus de prosélytisme, nous l'avons dit, que les autres toxicomanes, et il est plus difficile à atteindre que les fervents de de la morphine ou les fumeurs d'opium, ces deux toxiques nécessitant un matériel toujours un peu encombrant, et pouvant devenir surtout très promettant.

Et peut-être faut-il voir là une conséquence curieuse, et en tout cas inattendue, de l'application de la loi de 1916 : la substitution d'un poison à un autre. Nous savons qu'un toxicomane peut assez facilement changer de toxique : en présence de la situation nouvelle créée par la loi, les invétérés ont renoncé à la pipe ou à la seringue, à cause des « ennuis » que pourrait leur occasionner la justice, et ils se sont mis à user de la cocaïne, qui se prise discrètement, et peut très aisément s'escamoter, le cas échéant.

Quant à ces névrosés, ces déséquilibrés, auxquels nous faisons allusion au chapitre précédent, toujours en quête de sensations nouvelles, ils se sont tous portés de préférence vers ce toxique facile et discret, en majeure partie pour courir moins de risques judiciaires. La cocaïne est actuellement le poison favori : les candidats toxicomanes ne goûtent plus aux autres toxiques ; d'emblée ils ont adopté celui qui règne à Montmartre et dans bien des villes de France.

Il existe encore, pourtant, des lieux où l'on fume

l'opium, où l'on s'intoxique en commun, aussi bien à Paris qu'en province, et en particulier, dans nos ports de mer : il semble que la loi soit impuissante vis-à-vis de ces derniers refuges de la toxicomanie collective. C'est que, bien entendu, toutes les précautions sont prises pour que rien ne vienne éveiller le zèle de la police, qui connaît bien tous ces établissements ; mais, de plus, beaucoup de ces intoxiqués appartiennent à des milieux sociaux élevés, ont des relations très puissantes, dont ils usent pour se faire protéger ; la police hésite alors devant le scandale d'une arrestation, ou bien se trouve bridée par des ordres supérieurs.

Ces mêmes raisons font aussi que beaucoup d'officines louches ne sont pas encore fermées ; la police, très renseignée, les connaît pourtant parfaitement.

Autre conséquence inattendue de la loi : le trafic de la drogue s'est organisé ; les poisons étant, de par la loi, devenus une rareté, et d'autre part, la clientèle s'étendant, il devenait extrêmement lucratif de trafiquer des stupéfiants et ce point de vue n'a pas échappé à la foule des paresseux, malhonnêtes, avides de gagner de l'argent, sans fatigue et par n'importe quel moyen.

Néanmoins, il reste vrai que la loi constitue un progrès énorme dans la lutte antitoxique, et qu'elle a permis de très nombreuses poursuites. Les récidives sont malheureusement fréquentes, et les rigueurs de la loi n'empêchent pas l'enrôlement des

volontaires dans l'armée toujours grossissante des intoxiqués chroniques.

— Pourquoi cette inefficacité quasi-absolue, quand la loi ne s'adresse pas à ces toxicomanes faciles à prendre, fumeurs ou « piquomanes » ?

C'est que la loi, votée d'ailleurs un peu hâtivement, n'a eu qu'un but : réprimer, sévir. Elle n'a pas su prévenir.

Elle présente aussi des inexactitudes et des insuffisances, qui expliquent son peu d'efficacité, et que nous essayons de résumer plus loin. D'ailleurs, les critiques les plus variées lui ont déjà été adressées [par des voix autorisées : M. Courtois-Suffit, en particulier, a présenté l'an dernier à l'Académie de Médecine un véritable réquisitoire, tendant à *la révision de la loi*. La Ligue d'Hygiène mentale enregistre dans son bulletin n° 1, le rapport du professeur Cazeneuve et du Dr Marcel Briand, rapport qui résume admirablement et d'une façon très mesurée, toutes les critiques qu'on peut formuler contre la loi.

Quelles sont-elles, ces inexactitudes, ou mieux ces erreurs matérielles, consacrées par la loi de 1916 ?

CLASSIFICATION ARBITRAIRE  
DES TOXIQUES (TABLEAU B)

C'est, tout d'abord, la classification arbitraire des substances toxiques. La loi s'accompagne, en effet, d'une longue liste comprenant la presque totalité

des médicaments et divisée en 3 tableaux, A, B, C.

Les substances du tableau B, particulièrement visées par la loi, comportent les poisons suivants :

Opium brut et officinal,  
Extrait d'opium,  
Morphine et ses sels,  
Diacétylmorphine et ses sels,  
Alcaloïdes de l'opium (à l'exception de la  
codéine), leurs sels et leurs dérivés,  
Cocaïne, ses sels et ses dérivés,  
Haschich et ses préparations.

Toutes ces substances sont évidemment des toxiques euphoristiques, mais tous les toxiques euphoristiques ne figurent pas dans le tableau B : le laudanum, la stovaïne, le chloral, l'éther, la dionine (1), par exemple, peuvent devenir tout aussi dangereux pour l'individu et la société que la morphine ou la cocaïne. Il existe en effet, des stovaïnomanes, des chloralomanes, des éthéromanes, etc...

D'autre part, il y a des substances d'une toxicité souvent plus grande que la morphine ou la cocaïne, et qui ne figurent qu'au tableau A (aconit, belladone, hyosciamine, etc...).

D'ailleurs, cette classification si précise des toxiques euphoristiques, n'a-t-elle pas précisément « éveillé l'attention des chercheurs de sensations

1. La dionine peut être considérée comme du chlorhydrate d'éthylmorphine et à ce titre, elle rentre dans le tableau B (morphine et ses sels) ; mais elle peut être considérée aussi comme du chlorhydrate de méthylcodéine et elle n'est plus substance toxique.

« nouvelles, et ne les a-t-elle pas aiguillés vers les  
« toxiques prohibés? Le fruit défendu n'a-t-il pas  
« eu toujours de l'attrait » (1) ?

POURQUOI LA LOI TRAITE-T-ELLE  
ÉGALEMENT LE TOXICOMANE  
ET LE TRAFIQUANT DE STUPÉFIANTS?

La deuxième critique que nous adressons à la loi, est l'assimilation absolument incompréhensible, à notre sens, du consommateur de toxiques et du marchand de toxiques.

Le premier est un malade, nous pensons l'avoir suffisamment démontré, et qui n'est pas plus responsable de sa manie qu'un cancéreux ne l'est de sa tumeur, ou un tuberculeux de ses cavernes. Nous avons même cité des cas où une autre responsabilité, définie, peut être mise en jeu.

Nous nous étonnons aussi de cette étrange mentalité qui fait qu'un alcoolique, un ivrogne, dont le spectacle est écœurant, certes, n'éveillera dans la rue qu'une ironique indulgence, voire même de la sympathie, de la part des passants et souvent des agents de police, alors qu'un morphinomane, arrêté parfois pour un motif étranger à sa passion, et trouvé porteur d'une certaine quantité de morphine et d'une seringue, encourra toutes les sévérités de la loi.

1. Rapport du professeur Cazeneuve et du D<sup>r</sup> Marcel Briand  
(*Bulletin de la Ligue d'Hygiène mentale*, n° 1).

Car ce malade est passible exactement des mêmes peines qu'un trafiquant de stupéfiants, qui, lui, spéculé en toute liberté d'esprit sur un vice. Que risque ce marchand? Quelques mois de prison, quelques milliers de francs d'amende... Mais il paiera, de gaieté de cœur, une somme qui sera, pour lui, insignifiante, à côté des avantages que lui laisse l'exercice de son trafic clandestin.

Les peines sont trop rigoureuses pour le toxicomane qui, de plus, est exposé à une rigueur non prévue et non imposée par la loi, à savoir le supplice horrible résultant pour lui d'un sevrage brusque, au moment où il est enfermé en prison, dépourvu du toxique presque indispensable à sa vie.

Par contre, les peines nous paraissent insuffisantes, qui sont appliquées aux trafiquants de stupéfiants : nous dirons plus loin ce que nous demandons contre eux.

— Il arrive aussi quelquefois qu'un trafiquant soit en même temps un intoxiqué : ce cas nous paraît devoir être assimilé à celui du toxicomane pur et simple.

« PORTEURS » ET « DÉTENTEURS »  
DE TOXIQUES

— Troisième critique : M. Courtois-Suffit la définit bien, après M. Autheau. C'est le fait que la loi n'a désigné que les « porteurs » de toxiques comme seuls répréhensibles ; mais on peut être aussi cou-

pable comme « détenteur », et on n'encourt pas les rigueurs de la loi.

INCONVÉNIENTS POUR LE LIBRE EXERCICE  
DE LA MÉDECINE ET DE LA PHARMACIE  
ET POUR LE MALADE

— Enfin, la loi présente des inconvénients sérieux pour le libre exercice de la médecine, pour le pharmacien et pour certaines catégories de malades.

Le médecin honnête est trop limité dans ses ordonnances : qu'on lui accorde plus de liberté, surtout quand il est avéré qu'il soigne un malade chronique et douloureux, ou qu'il se spécialise dans le traitement des toxicomanies.

Un de ces spécialistes nous confiait que, pour éviter toute cause d'ennui, du fait de ses prescriptions, il devait souvent compter sur les confiscations de toxiques opérées chez ses clients, pour mener à bien ses cures de désintoxication.

Que la justice ne se base pas seulement sur des constatations matérielles, comme l'existence d'une prescription signée d'un praticien, et comportant des quantités de toxique en apparence exagérées : qu'elle voie surtout le but, la destination de cette ordonnance, l'esprit dans lequel elle a été rédigée.

Le pharmacien est très surveillé, lui aussi, ce qui n'est pas un mal, mais ce qui n'empêche pas les tricheries chez les pharmaciens malhonnêtes.

Il faut aussi se préoccuper d'une certaine caté-

gorie de malades, chroniques et douloureux, qui peuvent être peu fortunés : « ces malheureux sont « obligés de consulter et de payer un médecin chaque « fois qu'ils ont épuisé leur petite provision. L'article 39 du décret, est, dans ce cas particulier, « trop excessif, et il y aurait peut-être lieu d'obtenir « qu'il fut apporté une modification à cette mesure. » (Courtois-Suffit et Giroux).

RÉFORMES MATÉRIELLES  
SUSCEPTIBLES  
D'AMENDER LA LOI

Toutes ces critiques dictent elles-mêmes les modifications à apporter : nous venons, d'ailleurs, d'en préconiser quelques-unes, à propos du médecin, du pharmacien et du malade.

En ce qui concerne la classification arbitraire des toxiques, ce n'est, semble-t-il, qu'une question d'addition, facile à réaliser.

La distinction entre le toxicomane et le vendeur de toxiques s'impose absolument, au point de vue de la répression et de la prophylaxie.

Qu'on enferme le toxicomane, soit ; mais qu'il soit permis de le soigner d'office, de lui imposer un traitement, en s'entourant, bien entendu, de toutes les garanties de succès, notamment en s'adressant à un traitement de désintoxication, et non point de sevrage, et en précédant et accompagnant ce traitement organique d'une psychothérapie appropriée.

Autrement dit, internement et traitement obligatoire, car l'amende est inopérante chez l'intoxiqué, qui se ruinera plutôt que de renoncer à sa funeste habitude, et ne reculera même ni devant le faux, ni devant le vol, ni devant le crime. Et la prison pure et simple, si on en excepte les dangers réels, ne lui donnera qu'un désir, celui de récidiver dès sa libération.

Il devrait d'ailleurs en être ainsi de tous les tarés qui peuplent les prisons : car la société qui s'imagine se défendre en emprisonnant, se protégerait beaucoup plus efficacement en soignant. Que cette idée se réalise, par exemple, dans le domaine de la syphilis, et l'on verra les bénéfices que tirera la société d'une méthode semblable : le profit ne sera pas seulement pour la société, mais aussi pour l'individu.

Mais si toute notre pitié s'en va au malheureux toxicomane, victime souvent d'une fâcheuse hérédité nerveuse, ou d'une cause accidentelle, par contre, nous préconisons contre le triste individu qui exploite ces déchéances, des peines beaucoup plus rigoureuses, et appliquées sans aucune atténuation. Pour eux, pas de cas d'espèce : le fait matériel une fois prouvé, et quand on sera sûr d'avoir affaire à un trafiquant qui ne soit pas en même temps un intoxiqué, qu'on applique la loi dans toute sa sévérité nouvelle : amendes ruineuses, et peines de prison qui ne pourraient jamais être inférieures à deux ans (sans réduction ni amnistie possible); pour atteindre chez les récidivistes, la réclusion. En cas de non-

paiement de l'amende, la durée de la prison pourrait être prolongée jusqu'au paiement, sans toutefois pouvoir excéder le double de la peine primitive.

Ces peines ne doivent pas paraître effrayantes : quand il s'agit, pour un peuple, de se défendre contre un fléau comme celui dont nous nous occupons, c'est aux mesures énergiques qu'il faut recourir d'emblée.

Il faut enfin demander à la police, non pas plus de zèle (car les arrestations se multiplient, à Paris tout au moins, grâce au service spécial de la préfecture de police), mais une entière indépendance : qu'elle n'hésite pas devant les scandales possibles pouvant résulter d'arrestations sensationnelles.

En province, car « le vice a envahi la province », écrit M. Courtois-Suffit, il est urgent de créer ce service spécial de police, surtout dans nos grandes villes et nos ports de mer ; s'il existe déjà, qu'on s'emploie à le perfectionner de plus en plus, et à le rendre indépendant.

Une surveillance plus active devra s'exercer à nos frontières, de la part de la douane, surtout aux frontières d'Allemagne, de Suisse et d'Espagne, et dans nos ports. A ce propos, il est bon de savoir, en ce qui concerne plus particulièrement la frontière d'Allemagne, qu'un trafic singulièrement actif s'exerce par l'intermédiaire de nos soldats des territoires occupés. L'uniforme militaire brave impunément la douane, qui ne se méfie pas, et le toxique allemand, peu coûteux, s'en va ainsi ravitailler

l'intoxiqué français, en enrichissant au passage le marchand de stupéfiants.

Une contrebande très fructueuse s'exerce aussi par la poste, et la Ligue d'hygiène mentale s'est déjà proposée de faire une démarche auprès du sous-secrétaire d'Etat des postes, pour obtenir un contrôle plus effectif du contenu de certains colis originaires d'Allemagne, de Suisse ou d'Espagne.

L'avion aussi contribue à répandre l'usage des stupéfiants : l'aviateur contrebandier, court en effet, un minimum de risques ; il peut atterrir où bon lui semble, ou bien jeter en un point convenu avec ses complices le paquet contenant le poison.

Dans ce cas, la surveillance est plus difficile à exercer : on ne peut guère demander qu'un contrôle douanier et policier excessivement rigoureux au départ et à l'arrivée, sur les terrains d'atterrissage, bien qu'en cours de route et en dehors de tout relai prévu, l'aviateur puisse acheter et livrer son toxique.

— Ce trafic des stupéfiants, très rémunérateur, devait en effet tenter les contrebandiers de métier, peut-on dire, ou bien tous ceux qui, en raison de leurs fonctions, peuvent en quelque sorte braver impunément la douane : contrôleurs de wagons-lits ou de wagons-restaurateurs, aviateurs, etc...

NÉCESSITÉ D'UNE ACTION  
PROPHYLACTIQUE ORGANISÉE

Mais à côté de ces réformes matérielles qui sont du domaine juridique pur, ou bien dépendent d'une question d'administration et d'organisation nouvelles, et qui pourraient être mises au point par des « spécialistes », il y a quantité d'autres initiatives à prendre.

En effet, une loi, si bien élaborée soit-elle, ne peut avoir qu'un rôle prophylactique très limité : si elle arrive à réprimer, elle prévient mal, à cause de son cadre et de ses formules forcément rigides.

Or, nous savons qu'il vaut mieux prévenir que guérir. Il faut donc créer toute une œuvre morale et sociale de prophylaxie, qui se juxtaposerait à la loi réformée, et la compléterait, sans préjudice d'une œuvre parallèle de traitement curatif et de récupération.

Cette œuvre, c'est tout d'abord, une œuvre de propagande qui, d'ailleurs, s'adressera aussi bien au corps médical qu'au public tout entier.

Nous avons vu que le médecin et le pharmacien pouvaient être, à leur insu, à l'origine de nombreuses toxicomanies, pouvaient même les favoriser, quand elles existaient. Qu'on éduque médecins et pharmaciens de façon toute spéciale, en insistant sur les dangers d'accoutumance aux poisons euphoristiques chez certains débiles mentaux ou déséquilibrés.

En ce qui concerne particulièrement le médecin, il serait désirable d'obtenir de lui, quand il juge indispensable de prescrire la morphine, ou tout autre toxique euphoristique, qu'il ne prononce ou n'écrive pas le mot fatidique qui pourra impressionner et suggestionner un cerveau malade.

Quant aux pharmaciens, et surtout aux préparateurs en pharmacie, ils ont à se méfier d'ordonnances en apparence inoffensives, et qui, dans certains cas, permettent à l'intoxiqué de se ravitailler en toxique.

L'exemple que nous donnions au chapitre précédent concernait un cas de date toute récente : nous n'affirmerions pas qu'il ne puisse encore se reproduire aujourd'hui, malgré la législation en vigueur.

Le D<sup>r</sup> Piouffle avait d'ailleurs entrepris une série de cours spéciaux destinés aux préparateurs en pharmacie et les mettant au courant de la question des toxiques euphoristiques : cette initiative est à reprendre.

— Il faut également instruire le public. On fait des campagnes contre l'alcool, on peut en faire aussi contre ce que nous avons appelé le « péril toxique », qui tend à devenir aussi grand que le premier.

A ce point de vue, nous voyons dans le mouvement sportif actuel une sorte de protection morale : les sports ne fortifient pas seulement le corps, ils fortifient aussi la volonté, et entraînent l'esprit vers des préoccupations d'hygiène, qui ne laissent guère de

place aux rêveries dangereuses, aux curiosités malsaines.

Il sera bon de s'adresser de préférence aux milieux intellectuels, qui fournissent le plus fort contingent à la toxicomanie, et enseigner à tous qu'à côté du mal, il existe une guérison possible, sans souffrances insupportables.

IL FAUT AUSSI TRAITER  
LE TOXICOMANE

Car, si tout ce que nous venons de dire constitue la prophylaxie du mal, il ne faut pas perdre de vue le *traitement curatif* qui permettra de récupérer et de rendre à la vie normale une foule de désespérés. Beaucoup d'intoxiqués, en effet, s'imaginent qu'il n'est pas possible d'apporter à leur vice, une guérison définitive : ils persévèrent dans leur habitude et font souvent, par dépit, du prosélytisme.

Il faut leur rendre la confiance, ne pas les traiter en coupables, mais en malades.

— Dans ces conditions, quel traitement de choix leur appliquer ?

Nous avons trouvé que cette question, par l'ampleur même de ses conséquences, dépassait les limites d'une simple indication, et demandait un développement spécial, auquel nous consacrons le chapitre suivant.

## IV

### PRONOSTIC ET TRAITEMENT DES TOXICOMANIES

Le toxicomane ne peut se guérir seul : prétendre le contraire est une erreur grossière, assez répandue dans le public. La volonté du sujet, même en la supposant normale, n'arrive jamais à vaincre l'état de besoin organique, si angoissant et si impérieux ; le malheureux s'épuisera en vains efforts et n'arrivera qu'à se décourager.

Il faut donc au toxicomane, avant tout, le secours d'un traitement dans une Maison de Santé, où il sera transplanté de son milieu habituel qui ne peut que lui être néfaste, dans un autre milieu, favorable. Il lui faut enfin les soins éclairés d'un médecin et d'un personnel spécialisés.

#### ELÉMENTS INDISPENSABLES DU PRONOSTIC

Quel que soit d'ailleurs le traitement auquel on se rallie, il faut, pour réunir tous les chances de succès, de même que pour porter un pronostic aussi exact que possible, tenir compte d'un certain nombre d'éléments, qui sont :

1° La nature du toxique (ou des toxiques, quand il y a association), ainsi que le mode d'absorption;

2° L'étiologie de la toxicomanie;

3° L'ancienneté de l'intoxication, et le taux journalier du toxique employé;

4° L'état organique du toxicomane;

3° Son état mental, vis-à-vis du traitement.

Il est évident que le premier facteur est indispensable à connaître pour traiter un toxicomane : il est utile aussi à connaître pour apprécier à l'avance les difficultés du traitement et porter un pronostic lointain.

C'est ainsi que l'opiomane, buveur, mangeur ou fumeur, sera moins difficile à traiter qu'un morphinomane, doublé d'un « piquomane ». La convalescence pourra être longue, mais la récédive moins fréquente que pour le cocaïnomane.

Par contre, chez ce dernier, le traitement sera aussi simple que possible (à condition de bien surveiller le cœur), mais la rechute n'est pas rare.

— Quelle est l'origine de l'intoxication chronique ? Est-elle accidentelle ? Est-elle due uniquement à l'influence du milieu ? Pronostic assez rassurant. Est-elle la conséquence d'une curiosité malsaine ? Il sera bon, dans ce cas, de réserver son pronostic.

— Quant à l'ancienneté de l'intoxication, c'est une notion plus utile à connaître que celle de la dose de poison.

Il vaut mieux traiter un morphinomane, dont le taux quotidien est de 3 grammes de morphine par

jour, mais dont l'intoxication ne remonte qu'à quelques mois, qu'un morphinomane qui ne prend que 0 gr. 60 ou 0 gr. 75, depuis des années.

Pronostic de rechute plus favorable dans le premier cas.

— Le traitement sera également mieux supporté par un toxicomane organiquement sain. Chez un autre, atteint d'une affection quelconque, il faudra songer aux difficultés que peut créer, pour le traitement, cette infériorité organique.

Quant au pronostic lointain, on peut dire que la rechute est fatale chez un malade atteint d'une affection douloureuse et chronique, ou bien procédant par poussées douloureuses, comme la lithiase biliaire, qui peut provoquer des crises de colique hépatique, favorisant la rechute.

Il vaut même mieux, croyons-nous, ne pas traiter un tel sujet; on se contentera de réduire les doses.

— L'état mental du toxicomane vis-à-vis du traitement est un des facteurs les plus intéressants à déterminer, surtout au point de vue du pronostic.

Nous rangeons, à cet égard, les toxicomanes, en trois catégories :

1° Ceux qui viennent d'eux-mêmes, demander qu'on les guérisse ;

2° Ceux à qui la guérison est indifférente, et qui subissent avec plus ou moins de résignation le traitement que leur impose famille ou entourage ;

3° Ceux que l'on force à subir le traitement.

Pour les premiers, pronostic immédiat et lointain très satisfaisant.

Pour la deuxième catégorie, le pronostic dépendra uniquement des autres facteurs que nous venons d'exposer.

Pour les derniers, la récurrence est à peu près de règle, si l'on ne prend tout d'abord la précaution de leur faire entendre raison, et de les convaincre de leur intérêt.

#### LES MÉTHODES DE SEVRAGE

Parmi les différents modes de traitement des intoxications chroniques, le plus simple, comme aussi le plus usité en France, est celui qui consiste à supprimer *purement et simplement* le poison : c'est évidemment le but qu'on se propose d'abord, dans toute cure de désintoxication. Il s'applique avec des modalités différentes : méthodes brusque, lente, rapide, substitutive.

Le *sevrage brusque*, pour qui connaît les souffrances de l'intoxiqué au moment du besoin, est une méthode barbare qui doit être absolument bannie de la thérapeutique française. On l'emploie encore assez fréquemment en Allemagne. Elle ne peut réussir que chez des sujets organiquement sains, et chez qui l'intoxication est de date récente ; encore a-t-on relevé un certain nombre de morts, par collapsus cardiaque.

La méthode consiste à placer l'intoxiqué dans une

chambre capitonnée, après avoir passé une revue très minutieuse de ses vêtements, de son linge et de ses bagages, et à ne lui donner à aucun prix le toxique qu'il ne tardera pas à réclamer. On se contente de lui administrer de l'huile camphrée, ou même de la morphine, si la défaillance cardiaque prend une tournure grave.

L'état d'excitation dans lequel est mis le sujet ainsi brusquement sevré, est plus intense qu'on se l'imagine généralement, surtout à partir du deuxième jour : il en est qui cherchent à se suicider, qui mangent les plumes de leur oreiller, qui tordent les barreaux de leur lit pour essayer de les arracher et s'en faire une arme, se livrent en général à toutes sortes d'actes violents qui les laissent ensuite brisés, anéantis : c'est à ce moment que le cœur peut fléchir.

Au bout d'une huitaine de jours, la période aigüe du traitement est passée, mais il est de toute nécessité de garder encore le soi-disant « désintoxiqué » à la Maison de Santé pendant deux ou trois mois.

Le *sevrage lent*, qui dure des mois, n'est pas plus recommandable, bien que plus humain. La méthode consiste à diminuer jour par jour, et centigramme par centigramme, la ration habituelle de toxique ; ou bien à diminuer cette ration de 2 ou 3 centigrammes ou plus, et maintenir ce taux réduit pendant huit ou quinze jours. Après quoi, on procède à une nouvelle réduction supportée pendant une autre quinzaine, et ainsi de suite. Cette méthode a

bientôt fait d'épuiser les réserves d'énergie et de bonne volonté du sujet.

La méthode de *sevrage rapide*, très bien décrite par le professeur Dupré et le D<sup>r</sup> Logre (1), réunit, disent ces deux auteurs, les suffrages de la plupart des médecins et des malades. Le résultat est obtenu en huit ou quinze jours, selon les différentes modalités d'application.

La cure s'aidera de l'hydrothérapie chaude, de purgations plus ou moins répétées, qui assurent 3 ou 4 selles par jour, de bains de lumière, de médication diurétique, et d'un traitement psychothérapique, qui consistera avant tout à inspirer la confiance au malade, à le rassurer sur les souffrances qu'il s'imagine devoir subir, et à le laisser dans l'ignorance absolue des doses de toxiques qu'on lui administre.

A vrai dire, même dans les méthodes lente et brusque, il n'y a pas simplement sevrage ; il y a aussi élimination du toxique accumulé, mais élimination dont on laisse le soin à la nature, le seul fait de supprimer ou de diminuer le toxique provoquant une débâcle intestinale salutaire, une sudation et une urination plus abondantes.

Disons tout de suite que ces différentes méthodes de sevrage, bien qu'aidées de toute la thérapeutique précitée, n'arrivent pas à débarrasser *complètement* et *rapidement* l'organisme du poison accumulé

1. Roger, Widal et Tessier, *les intoxications*, in *Nouveau Traité de Médecine*.

depuis longtemps (souvent depuis plusieurs années).

L'intoxiqué peut se croire guéri, alors qu'il n'est que sevré ; et quand il ne récidivera pas dès sa sortie de la Maison de Santé — parce qu'il aura trop souffert du traitement, et qu'il sera à bout de tension nerveuse — il récidivera plus tard.

En effet, son organisme contient moins de toxique, mais il en contient toujours, et souvent en notable quantité, accumulée dans certains organes, le foie, par exemple, la rate ; les méninges aussi en sont imprégnées.

Pour des raisons variables, un hyperfonctionnement glandulaire, par exemple, il se produira, un jour ou l'autre une véritable « décharge toxique » : l'abondante et brusque élimination du poison mettra immédiatement l'organisme en état de besoin impérieux, et il faudra bien alors qu'une dose nouvelle de poison vienne rétablir le potentiel toxique des heures précédentes. C'est la récurrence en quelque sorte obligatoire, fatale.

Autre inconvénient des méthodes de sevrage, surtout des méthodes brusque et rapide : la *dépression cardiaque*, dont nous avons déjà signalé le danger, surtout chez certains sujets « hypotoniques ».

Quand au sevrage lent, il lasse, nous l'avons dit, la résistance psychique et organique du malade ; il demande un long séjour à la Maison de Santé, et occasionne des frais que beaucoup de toxicomanes peuvent hésiter à supporter.

Enfin, toutes ces méthodes ne tiennent pas compte du facteur angoisse ou douleur, qui les rend redoutables aux yeux des malades.

#### MÉTHODE SUBSTITUTIVE

La méthode dite « substitutive » prétend justement réduire à son minimum la phase d'angoisse et d'excitation : nous en avons déjà parlé à propos des toxicomanies associées.

Elle consiste à remplacer graduellement un toxique par un autre, d'une nature différente ; à la faveur du nouveau poison, on supprimerait plus aisément l'ancien ; quant au poison substitué, son usage serait aussi facile à supprimer, puisque l'accoutumance n'aurait pas encore eu le temps de s'installer.

Très séduisante en théorie, cette méthode n'apporte pratiquement que des déboires : son principal défaut, nous l'avons dit, c'est de provoquer le plus souvent l'association de deux toxiques. Le morphinomane deviendra un morphinococaïnomanes, car la cocaïne est justement le toxique qu'on essaie de substituer à la morphine dans le traitement des morphinomanies, sous prétexte que l'habitude cocaïnique se déracine plus facilement.

#### MÉTHODE DE DÉSINTOXICATION

Toute différente est la *méthode de désintoxication proprement dite*, que nous voudrions voir systématiquement appliquée à tous les toxicomanes qui, du fait de la loi de 1916, sont emprisonnés pour quel-

ques mois. Elle est très employée en Amérique : son auteur, le professeur Lambert (de New-York) en a donné une technique précise.

Elle est peu connue en France, où le Dr Piouffle, à notre connaissance, fut le premier à l'appliquer. Le Dr Chenais (de Paris), qui s'est en quelque sorte spécialisé dans le traitement des intoxications chroniques, s'inspire aussi du procédé Lambert, qu'il a d'ailleurs modifié de très heureuse façon, en ce sens que la période d'angoisse et d'excitation, si pénible et si redoutée, est pour ainsi dire escamotée, sans préjudice d'une élimination *complète et rapide* du toxique, qui est la caractéristique du traitement de désintoxication.

La méthode est basée sur cette constatation que certains organes, en particuliers le foie, accumulent le toxique, pour le distiller ensuite lentement et d'une façon continue à tout l'organisme : c'est un rôle de protection que jouent ainsi les organes en question.

Il s'agit donc de vider, dans le plus bref délai, l'organisme de toutes ses réserves de poison : c'est l'indication primordiale.

Le Dr Piouffle obtenait ce résultat en trente-six heures environ, grâce à *l'hyperpurgation*, qui ne provoque pas une simple exonération intestinale, mais un fonctionnement maximum de tous les organes glandulaires, principalement du foie, avec élimination en masse du toxique, décelable et dosable dans les matières et les liquides intestinaux.

L'hyperpurgation est obtenue, dans le procédé Lambert-Piouffle, d'abord par une dose de 45 grammes de sulfate de soude, administrée le matin de la première journée du traitement ; elle est entretenue par des « pills », à base de colocyntis composée, de jalap, de scammonée, d'aloès et de podophyle, et administrées à heures fixes, et à doses croissantes, jusqu'à obtention de selles muqueuses, jaunes ou verdâtres, caractéristiques ; il faut arriver à provoquer, dans les trente-six heures, de 35 à 45 selles.

Par la peau, on obtient aussi une notable élimination de poison : il faut par conséquent, provoquer une sudation abondante, sans déprimer le cœur. Dans ce but, le Dr Piouffle utilisait le bain de lumière (verres non colorés), qui, à ce point de vue, est un agent thérapeutique de premier ordre, pour qui sait le manier :

Le Dr Piouffle s'adressait également au bain de vapeur, et à l'hydrothérapie sous toutes ses formes : bains chauds, douches tièdes, massages sous l'eau...

Pendant toute cette période d'élimination, le cœur doit être surveillé tout particulièrement, ainsi que le rein. Des injections de *trionine* (ainsi dénommées parce qu'elles contenaient trois toni-cardiaques) étaient pratiquées au moindre signe de fléchissement cardiaque.

Enfin, pour lutter contre l'élément douleur qui ne manquerait pas d'accompagner une élimination de toxique aussi abondante et rapide, des « gouttes antispasmodiques » sont administrées toutes les

heures ou toutes les deux heures, et à doses graduellement croissantes, au fur et à mesure que le poison s'élimine. Cette mixture, dont le professeur Lambert a donné une formule exacte, et qu'administrait le Dr Piouffle, après l'avoir légèrement modifiée, est composée de teinture de belladone, d'extrait fluide de xanthoxylum, d'extrait fluide de hyoscyamus et de teinture de gelsemium.

En même temps, c'est-à-dire pendant les trente-six heures de la période éliminatoire, le malade reçoit quelques piqûres de son toxique, très inférieures à sa ration habituelle, soigneusement réglées comme administration, et à doses décroissantes (4 à 6 piqûres).

Bien entendu, avant d'être soumis à ce traitement, le malade subit un examen général approfondi. Ensuite le toxique qu'il prend habituellement est ramené à un toxique type, dont le mode d'administration uniforme est l'injection sous-cutanée, de façon à avoir une appréciation aussi exacte que possible. Par exemple, un fumeur d'opium se voit immédiatement supprimer sa pipe, et reçoit, à la place, un certain nombre de centigrammes de morphine, jusqu'à satisfaction du besoin. De même pour le priseur de cocaïne, qui reçoit des injections de cocaïne.

Enfin, sa ration habituelle, ou « ration de luxe » est ramenée pendant les quelques jours d'observations préalables à une *dose minima d'entretien* ; c'est sur cette dernière qu'est calculée la ration à

administrer pendant la période d'élimination, ainsi que le nombre de gouttes antispasmodiques.

D'autre part, rien n'est négligé pour gagner la confiance du sujet : ce facteur psychothérapique a une énorme importance.

La convalescence dure une quinzaine de jours, pendant lesquels le malade retrouve son équilibre psychique et organique.

— Telle est, dans ses grandes lignes, la méthode américaine du professeur Lambert, appliquée en France par le D<sup>r</sup> Piouffle.

Elle compte, à son actif, de très nombreuses guérisons définitives ; les récidives sont assez rares. Elle est sans danger aucun, quand le toxicomane est organiquement sain, et bien surveillé au cours de son traitement.

— La méthode du D<sup>r</sup> Chenais s'inspire des mêmes principes, mais elle est appliquée d'une façon différente : l'auteur a bien voulu nous permettre de l'exposer ici avec quelques détails.

Cette description ne concernera que le traitement des morphinomanies, les plus difficiles à vaincre parmi les toxicomanies.

De la technique américaine, qu'il considère comme un peu trop simple, le D<sup>r</sup> Chenais garde tout ce que nous venons de décrire. Mais il insiste particulièrement sur la nécessité d'administrer systématiquement les toni-cardiaques, *avant et pendant* la période d'élimination ; et de prolonger pendant un mois au moins le séjour du sujet à la Maison de Santé.

L'originalité du procédé consiste à supprimer la morphine pendant les trente-six heures de la période d'élimination, et à la remplacer *pendant ce temps* par une solution de dionine, au même titre, et d'un volume équivalent.

La dionine est beaucoup moins toxique que la morphine, et ne provoque que difficilement l'accoutumance ; enfin elle s'accumule moins.

Donc, quand la morphine est complètement supprimée, il ne restera que la dionine, laquelle, à son tour, est supprimée complètement en quarante-huit heures, et remplacée progressivement par du bromure de codéine pur.

Le Dr Chenais affirme, et nous l'admettons très volontiers, que le sujet ne s'aperçoit à aucun moment de la substitution, et manifeste le plus sincère étonnement, quand on lui annonce que, depuis quatre jours, il est démorphinisé.

Au premier abord, on pourrait croire que cette méthode n'est autre que la méthode substitutive. Il n'en est rien, cependant, puisque, dans la méthode substitutive, on remplace un toxique donné par un autre poison, d'une nature différente et d'une toxicité au moins égale, et on n'assure pas suffisamment les moyens d'élimination.

Dans la technique du Dr Chenais, au contraire, tout ce qui fait la valeur de la méthode américaine est conservé, à savoir la rapidité et la totalité de l'élimination toxique. D'autre part, la substitution ne se fait qu'entre médicaments de même nature,

mais de toxicités de plus en plus faibles, pour arriver au bromure de codéine, de toxicité pratiquement nulle, et ne déterminant pas la moindre accoutumance.

Au surplus, voici le procédé :

Avant tout (et ce qui doit être fait dans n'importe quelle méthode), examen organique et mental complet, qui permettra de mieux parer aux difficultés pendant le traitement.

L'examen organique portera principalement sur le cœur, le foie, les reins.

Si l'on découvre une maladie, il s'agira de voir jusqu'à quel point elle est compatible avec une cure de démorphinisation, et avec une rechute possible.

L'examen mental renseignera surtout sur les dispositions du sujet vis-à-vis de la cure.

L'interrogatoire spécial donnera une idée de l'ancienneté de l'intoxication et de la dose du toxique : ce que répondra le sujet ne sera qu'une approximation, souvent très éloignée de la réalité, car le toxicomane est menteur : il déclarera soit une dose exagérée, pour qu'on lui administre plus de toxique, croit-il, pendant le traitement, ou bien, par honte, il n'avouera qu'une dose très inférieure. Le plus souvent, il déclarera ignorer absolument le taux de sa ration quotidienne : là seulement, on pourra le croire. Il faudra donc, pendant deux ou trois jours d'observation, vérifier ses assertions sur la dose quotidienne.

Cette dose habituelle, *dose de luxe*, sera ramenée

à la ration d'entretien, c'est-à-dire diminuée du quart, ou du tiers.

Dès la première prise de contact, le médecin s'efforcera d'inspirer la confiance au malade.

Pendant cet examen, un personnel exercé passera une visite minutieuse des objets que le toxicomane apporte avec lui : bien que paraisse paradoxal le fait d'un malade qui se confie aux soins d'un médecin, tout en étant parfaitement décidé à ne suivre qu'une partie de ses conseils, il n'est pas rare. On le constate, d'ailleurs, dans la pratique courante. Or, nombre de toxicomanes usent de tous les subterfuges pour dissimuler le toxique habituel, et l'absorber au cours d'un traitement, qu'ils croient terrible.

Il en est qui cachent le toxique dans les talons creux de leurs chaussures, dans des cartouches de revolvers, dans des commutateurs électriques.

Un client du Dr Chenais avait même imaginé, avant son entrée, de tremper les pans de ses chemises de nuit dans une solution saturée de chlorhydrate de morphine, et de les laisser sécher ; il n'avait plus alors qu'à les retremper dans de l'eau pour obtenir une solution qu'il buvait.

Etonné de ne pas constater les selles qu'il attendait de son traitement énergique, le Dr Chenais se douta d'un stratagème, qu'il ne tarda pas à découvrir.

De même pour les cartouches de revolver : on avait bien enlevé l'arme au malade, mais on lui

avait laissé les cartouches, que, seules, on supposait inoffensives : or, au lieu de la poudre, elles contenaient de la morphine ou de la cocaïne.

Toutes les précautions étant bien prises, la ration de toxique exactement appréciée, on commence le traitement par un purgatif salin (45 gr. de sulfate de soude), dont l'action est prolongée par quelques autres laxatifs ou drastiques, de façon à obtenir un très grand nombre de selles. Plus il y a de selles, plus la cure est facile. On arrive assez facilement à en provoquer 40 ou 45 dans les 36 heures.

Dès les premières selles, on emploie systématiquement les gouttes antispasmodiques du professeur Lambert, qui en donne la formule suivante :

2 parties de teinture de belladone à 15 0/0.

1 partie d'extrait fluide de xanthoxylum.

1 partie d'extrait fluide d'hyoscyamus.

Cette mixture est administrée toutes les heures, pendant trente-six heures, à doses croissantes.

En même temps, on diminue la morphine de la façon suivante :

Le premier jour : moitié de la dose quotidienne d'entretien.

Le deuxième jour : moitié de la dose précédente.

On respectera, dans la mesure du possible, l'horaire habituel du malade, et on veillera à ce que les injections aient le même volume, pour sauvegarder son état psychique.

Dès le deuxième jour, on remplacera la morphine,

supprimée déjà partiellement, par la dionine (solution au même titre, même volume).

Le troisième jour, dionine (déjà considérablement réduite) et bromhydrate de codéine.

Les cinquième et sixième jours, bromhydrate de codéine.

La veille du traitement, et au cours des deux premières journées, administration systématique, nous l'avons dit, de médicaments toni-cardiaques, parmi lesquels le sulfate de spartéine, à qui le Dr Chénais conserve toute sa confiance.

Après la suppression du toxique habituel, les nuits sont agitées. Ce n'est pas la première nuit qui est la plus pénible, mais la deuxième et la troisième ; l'agitation est, d'ailleurs, dans le procédé en question, réduite à son minimum. Elle est calmée surtout par les bains chauds ou tièdes, aussi nombreux que la malade voudra, et par l'emploi d'hypnotiques, 1 gramme à 1 gr. 50 de véronal, par exemple, associé à la théobromine, pour éviter le blocage du rein, et faciliter l'élimination dudit hypnotique.

L'agitation cèdera d'ailleurs assez vite ; mais l'insomnie est presque irréductible : elle disparaît d'elle-même, et d'un seul coup généralement, vers le vingt-cinquième jour après la dernière prise de morphine.

Pour l'héroïne, même traitement, avec, au préalable, substitution de la morphine à l'héroïne.

La cocaïne, qui est bien, de tous les toxiques

euphoristiques, le plus dangereux, puisque c'est un congestif des centres, pouvant provoquer les actes les plus violents, et qui détermine une très rapide accoutumance, la cocaïne, disons-nous, s'élimine beaucoup plus facilement. On emploie le même procédé, mais sans passer par des substitutifs ; on se contente d'administrer les bromurés à forte dose (6 à 8 gr. par jour).

— Tel est le traitement américain modifié par le D<sup>r</sup> Chenais, qui l'emploie actuellement à Paris, dans la forme que nous venons d'exposer.

Nous nous sommes étendu à dessein sur la description d'une méthode qui, si elle se généralisait, dans son emploi, rendrait les plus grands services. C'est elle qui, dans notre pensée, serait obligatoirement appliquée à tous les « toxicomanes délinquants », car elle offre le minimum de risques, elle n'est en rien redoutable au point de vue des souffrances à endurer, et, avec elle, les récidives sont moins fréquentes qu'avec les autres méthodes.

#### CONVALESCENCE

Si la désintoxication est évidemment le principal but à remplir quand on veut guérir un toxicomane, il ne faut cependant pas négliger la convalescence : c'est d'elle et de la façon dont elle sera conduite que dépendra en partie la fréquence des récidives.

Elle doit durer un, deux, trois mois, et plus, selon les cas. L'organisme a bientôt fait de retrou-

ver tout son équilibre; mais il n'en est pas de même des fonctions cérébrales.

Il est essentiel de pratiquer toute une psychothérapie, qui aura comme but de rééduquer et de fortifier la volonté du sujet, en détruisant ses illusions, les systèmes moraux ou intellectuels qu'il croit définitifs et qu'il a échafaudés dans les fumées stériles de son intoxication. Cette cure de désillusion, qui complète le traitement organique, est surtout indispensable chez les cocaïnomanes désintoxiqués, plus encore que chez les autres toxicomanes. Ces sujets là conservent en effet, avec une singulière persistance, les images de leurs rêves, et il est quelquefois difficile de les amener à une conception normale de la réalité.

NÉCESSITÉ D'UNE ORGANISATION  
SOCIALE POUR LE TRAITEMENT  
DES TOXICOMANIES

Le traitement que nous préconisons ne s'applique actuellement qu'en clientèle particulière, et occasionne, on le conçoit, des frais considérables, qui ne sont pas à la portée de toutes les bourses, car il ne faut pas s'imaginer que les toxicomanies sont l'exclusif et triste privilège d'une certaine classe, riche ou aisée: il y a aussi des toxicomanes pauvres, ou appauvris, et ceux-là hésitent à effronter les tortures des traitements de sevrage, qu'on leur appliquerait dans les services non spécialisés des hôpitaux.

Nous voudrions précisément que des établissements spéciaux soient créés, à Paris et dans les grandes villes, où l'on soignerait gratuitement les intoxiqués chroniques, par les méthodes récentes, et sous la direction des médecins spécialisés.

Il existe depuis longtemps des organisations semblables en Allemagne, où pourtant le péril toxique n'est pas aussi grave qu'en France.

Si les Administrations départementales ou municipales hésitent devant les sacrifices budgétaires que nécessiterait la fondation d'une maison de santé spéciale, qu'elles se contentent alors d'affecter, dans un ou deux hôpitaux de Paris, ou de la grande ville intéressée, un service qui ne s'occuperait que du traitement des toxicomanies. Ce service comprendrait deux parties distinctes :

1° Des chambres d'isolement pour la cure de désintoxication, avec tous les adjuvants de ce traitement : hydrothérapie, bains de lumière, et surtout le calme et le silence.

2° Des locaux spéciaux pour la vie en commun, agrémentés de jeux divers, entourés de parcs ou de jardins, et destinés à la convalescence.

Une œuvre de surveillance sociale viendrait compléter cette organisation ; surveillance discrète qui s'exercerait sur le désintoxiqué, dès sa sortie de la maison de santé, lui éviterait toutes chances de retomber, en lui procurant des occupations régulières, en lui suggérant des intérêts nouveaux, en supprimant le désœuvrement, qui conduit souvent

à la rechute, et aussi en écartant le danger de certaines fréquentations.

Nous n'envisageons pas, bien entendu, l'organisation de cette œuvre de surveillance sociale, avec l'ampleur qu'a nécessité semblable organisation dans la lutte antituberculeuse: il s'agit seulement de la proportionner au but à atteindre, lequel n'est autre qu'une forme particulière de la sauvegarde individuelle et collective.

## CONCLUSIONS

La loi du 12 juillet 1916, bien que constituant un progrès sérieux dans la lutte antitoxique, est manifestement insuffisante.

Votée en un moment d'émotion, où les décisions rapides s'imposaient, elle ne tient pas compte, dans sa répression, des considérations d'ordre médical que nous avons exposées au cours de ce travail.

Toutefois, nous ne demandons pas, comme le Dr Courtois-Suffit, une *revision* complète de la loi : ce terme nous paraît trop gros pour être appliqué aux réformes particulières que nous serions heureux de voir effectuer ; la revision ne porterait que sur les points suivants :

1° Le toxicomane ne sera plus assimilé à celui qui le ravitaillait en toxique. *Pour* le premier, nous demandons l'internement, et le traitement obligatoires ; *contre* le trafiquant, une fois le fait matériel dûment constaté, des amendes ruineuses et des peines de prison qui ne pourraient jamais être inférieures à deux ans, susceptibles d'être prolongées du double en cas de non-paiement de l'amende ; contre les récidivistes, la réclusion ;

2° Une classification plus logique des médicaments, en particulier le classement du laudanum dans les substances du tableau B ;

3° L'adjonction au texte légal du mot « détenteur » de toxiques, qui permettra une répression plus large ;

4° Le vote d'un texte qui donnera plus de facilités au médecin et au pharmacien, pour l'exercice de leur profession, à condition cependant que leur honnêteté soit avérée.

En outre, aux services intéressés, nous demandons une entière indépendance, et toute liberté d'action pour la police, une surveillance douanière et policière extrêmement rigoureuse exercée aux frontières d'Allemagne, de Suisse et d'Espagne, ainsi qu'à nos frontières maritimes, et sur les terrains d'atterrissage ; un contrôle sévère des paquets et échantillons transmis par la poste, de provenance principalement allemande ou espagnole, adressés à des individus suspects, déjà repérés par la police, comme trafiquants probables.

Voilà pour la répression.

On ne peut pas demander autre chose à des lois, décrets ou circulaires, qui ne peuvent évidemment sanctionner que des faits accomplis.

Dans l'ordre social et prophylactique, voici, en résumé ce que nous demandons :

1° Attirer l'attention des médecins, pharmaciens et étudiants, sur la réalité d'un *péril toxique*, les mettre en garde contre la tendance qu'ils peuvent avoir à prescrire ou à délivrer des substances toxiques, trop souvent, et en trop grande quantité.

Dans ce but, pour permettre aux médecins et pharmaciens, d'exercer un contrôle sur eux-mêmes, on pourrait instituer une sorte de publication bi-hebdomadaire, réservée aux corps médical et phar-

maceutique, à laquelle l'un et l'autre collaboreraient, et contenant les noms des médecins et pharmaciens ayant prescrit et délivré dans les quatre jours écoulés, des substances toxiques, la date et la dose ;

2° Organiser une propagande anti-toxique, analogue à la propagande anti-alcoolique, les deux dangers ayant les mêmes répercussions ;

3° Créer, dans certains hôpitaux de Paris et de la province, des services spéciaux où les toxicomanes pauvres seraient traités gratuitement et d'office par les méthodes douces, sous la direction des médecins spécialisés ;

4° Instituer en même temps un service social de surveillance discrète et de réconfort moral et matériel, qui s'exercerait sur les convalescents, à leur sortie de l'hôpital, et leur épargnerait, dans la mesure du possible, l'occasion de retomber.

— Vis-à-vis de ces suggestions, dont quelques-unes, d'ailleurs, ont été déjà formulées, nous ne partagerons pas l'enthousiasme et l'optimisme du rapporteur de 1916 ; nous espérons toutefois que la loi, ainsi modifiée, sera mise à la hauteur de sa tâche, et que la société aura rempli le devoir qui lui incombe : protéger l'individu en se protégeant elle-même, et assurer la conservation de la race.

Vu : le Président de la thèse,  
BALTHAZARD

Vu : le Doyen,  
ROGER

Vu et permis d'imprimer,  
Le Recteur de l'Académie de Paris,  
P. APPELL

## BIBLIOGRAPHIE

- Briand (Marcel) et Vinchon.* — Les priseurs de cocaïne (Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale).
- Brouardel.* — Opium, morphine et cocaïne.
- Cazeneuve et Briand.* — Les stupéfiants et la santé publique (Bulletin de la Ligue d'hygiène mentale, n° 1, 2, 1921).
- Coquet (de).* — Opiomanie et délivrance illicite des ordonnances (Bulletin de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 1920).
- Courtois-Suffit.* — Communication à l'Académie de Médecine, 21 juin 1921.
- Courtois-Suffit et Giroux.* — La cocaïne.
- Crothers (T. D.)* (d'Hartford-Connecticut). — Cocaïnisme (in New-York medical Record, 30 avril 1910).
- Dupré et Logre.* — Les intoxications (in Nouveau Traité de Médecine, de Roger, Widal, Teissier).
- Hodée (G.).* — Prophylaxie de la morphinomanie et de la morphino-cocaïnomanie (in Annales de Psychiatrie et d'Hypnologie. Paris, 1892).
- Johannessoohn* (de Berlin). — La cocaïnomanie (résumé in Revista de Criminologie psihiatra y medicina-legal).
- Levinstein.* — La morphinomanie. Paris, 1880.
- Marcel (A.).* — De l'opium. Paris, 1868.
- Martin (E.).* — L'opium, ses abus.

*Piouffle (H.)*. — Les intoxiqués aux armées (conférence). Le traitement des toxicomanes (Revue de psychothérapie, décembre 1912). Les psychoses cocaïniques (Maloine, éditeur). Opium, opiomanie et traitement. Cocaïne et cocaïnomanes.\*

*Rigal (H.)*. — Les stupéfiants (Attinger, 1916).

*Vallon (Ch.) et Bessière (René)*. — Les troubles mentaux d'origine cocaïnique.



